

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE:**  
**do permitido monólogo da doença às ações coletivas dialógicas em saúde**

**AMAURY ÂNGELO GONZAGA**

**Florianópolis, 1994**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE:**

**do permitido monólogo da doença às ações coletivas dialógicas em saúde**

**AMAURY ÂNGELO GONZAGA**

**Orientadora: Dra. MARIA TEREZA LEOPARDI**

**Florianópolis/1994**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO:

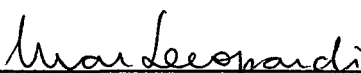
TÍTULO: EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE:  
do permitido monólogo da doença às ações coletivas dialógicas em saúde

Submetida à banca examinadora para obtenção do grau de **Mestre em Assistência de Enfermagem** por :


**Amaury Ângelo Gonzaga.**

Aprovada em: 25 de novembro de 1994

**Banca Examinadora:**

  
Profa. Dra. **Maria Tereza Leopardi** - Presidente

  
Profa. Dra. **Rosita Saupe** - Membro

  
Profa. Dra. **Maria Oly Pey** - Membro

  
Profa. M.S. **Flávia Regina S. Ramos**

*"O senhor vá pondo seu perceber. A gente vive repetido, o repetido, e, escorregável, num mim minuto, já está empurrado noutro galho.*

*Acertasse eu com o que depois sabendo fiquel, para de lá de tantos assombros ... Um está sempre no escuro, só no último derradeiro é que clareiam a sala.*

*Digo: o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia".*

**(Grande Sertão Veredas)**  
**João Guimarães Rosa.**

## AGRADECIMENTOS

- **Léia**, que pela liderança e beleza e de fundamental importância neste trabalho;
- **Tony** (compadre meu Quelemen), de tantos palavrórios e tantas veredas;
- A eternamente amiga **Ivonete**, a “moça/sem”;
- À toda a **comunidade** do Bairro Saco Grande II, “Para além do Borrachudo: uma coisa puxa a outra”;
- **Flávia** amiga (in)separável;
- **Arthur e Arinca** eternos amores e razão desse estudo;
- **Amigos**: todos;
- **Tetê** : orientadora paciente frente aos meus atrasos e inspiradora de idéias;
- **Rosita**: pela grande colaboração nas inspirações desse estudo;
- **Maria Oly**: que nos conduziu e aproximou de **Paulo Freire**;
- Seu **Ambrosino**, grande companheiro nas reivindicações para as melhorias da comunidade com quem divido este trabalho;
- Aos amigos e colegas do Centro de Saúde do Saco Grande II: **Dulce, Elizabeth, Renilda, Débora, Fátima, Paulo Rojas, Renata, Cilene, Deise, Paulo Barzan, João Pacheco, Ednete, Nilza, Jane, Claudete, Mara, Marilande**.
- **Paulinho e Octacílio**, outras lideranças importantes.
- Aos **colegas** do mestrado em enfermagem
- **Meus pais - Amaury e Neuza**- pela torcida e incentivo.

## RESUMO

O desenvolvimento histórico das atividades pedagógicas no interior dos serviços de saúde pública, revelam que estas atividades têm servido como mecanismo de controle das demandas sociais frente aos problemas ligados ao desenvolvimento econômico do país.

O presente estudo de caso procura descrever em que situação as relações pedagógicas se apresentam no contexto de uma unidade básica de saúde no município de Florianópolis, identificando as características dos sujeitos das relações pedagógicas em saúde; o objeto da ação pedagógica e os "educadores" das ações pedagógicas em saúde. E, mediante a utilização do "itinerário pedagógico de Paulo Freire", como instrumento orientador nas práticas pedagógicas das ações coletivas em saúde, este estudo, procura descrever as conclusões obtidas na implementação deste referencial junto à comunidade do bairro do Saco Grande II no município de Florianópolis.

O processo implementado e apreendido, se revelou como um meio que possibilitará a superação do impasse existente nas relações entre a instituição de saúde e os usuários destes serviços na medida em que permite a construção de "projetos coletivos" para a superação dos problemas existentes através do diálogo problematizador e integrador de seus agentes.

## ABSTRACT

The historic development of the pedagogical actions in the internal health works shows that ones had been serve as mecanism to control the social demand in front of the troubles related with the economic development of the country. The present study searchs describe how the situation of the pedagogical relations in the context of the local health services in Florianópolis municipe, identifiing the most important characteristic of the actors involved in this pedagogical process. Though methodological route Paulo Freire's dialogical frameworks used as a theoretical reference to development an assistential practices of nursing, altogether with others two M.A. student. The pedagogical practice realized revealed as a possible way to overthrow the impasse existent in the relations among the health works and the users of this services - though the dialogical and problem-assigning about of the reality of the community- building "colective projects" to resolves the health public problems.

## SUMÁRIO

	página
01. CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....	01
02. ABORDAGEM DO TEMA: UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICA AO OBJETO DO ESTUDO .....	03
03. O ESTUDO .....	06
04. O ITINERÁRIO DE PAULO FREIRE COMO REFERENCIAL PEDAGÓGICO .....	07
05. OS PROCESSOS DETERMINANTES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE COMO UMA APROXIMAÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO .....	12
5.1. Do Conceito de Saúde à Organização dos Serviços .....	12
5.2. A Organização dos Serviços: Um espaço limitador ou facilitador das relações pedagógicas .....	18
5.3. A Divisão do Trabalho e os Processos Técnicos como Instrumentos Pedagógicos .....	22
06. HISTÓRICO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIDA DO SUJEITO COLETIVO .....	31
6.1. O Sujeito Coletivo e o seu Perfil .....	38
6.2. A Situação Sócio-econômica e Demográfica do “Sol Nascente” .....	38
07. A DIALOGIA DAS AÇÕES EM SAÚDE - “PARA ALÉM DO BORRACHUDO - UMA COISA PUXA A OUTRA” .....	49
08. A DELIMITAÇÃO DO MOMENTO DE “EDUCAR” EM DETRIMENTO DA RELAÇÃO PEDAGÓGICA .....	72
09. AS CONCLUSÕES ACERCA DA PRÁTICA ASSISTENCIAL IMPLEMENTADA: A RELEITURA SOBRE O SUJEITO, O OBJETO E O “EDUCADOR” NAS RELAÇÕES DIALÓGICAS EM SAÚDE COLETIVA .....	75
9.1. O Sujeito .....	75
9.2. O Objeto .....	77
9.3. O “educador” .....	78
10. BIBLIOGRAFIA .....	84



## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A atual política de saúde no contexto nacional, preconizada pela Constituição Brasileira, procura em seu processo de descentralização aproximar e efetivar nos seus diversos níveis de gerenciamento, o controle social como condição de se garantir as conquistas alcançadas e objetivadas para o setor saúde.

No município de Florianópolis, através da atual administração, a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social (SMSDS), tem procurado avançar neste processo de descentralização.

A partir do mês de abril de 1993, esta Secretaria propôs, como meio estratégico de melhoria das ações básicas de saúde, a descentralização do gerenciamento e da programação destas ações para as unidades básicas de saúde.

Há um ano atuando como enfermeiro do Centro de Saúde no Bairro do Saco Grande II e tendo desenvolvido um trabalho junto com colegas do Centro de Saúde e também uma relação bastante estreita junto à comunidade daquele bairro, passei a gerente do Centro de Saúde, mediante voto secreto e apoio da equipe e comunidade.

Concomitante à atividade profissional desenvolvi na Universidade Federal de Santa Catarina, o Curso de Mestrado em Enfermagem, propondo-me a desenvolver minha dissertação tendo como objeto de trabalho as práticas em saúde coletiva procurando enfocar a relação entre a instituição de saúde expressa aqui pelas atividades de saúde do Centro de Saúde do Bairro Saco Grande II, e os usuários dos serviços de saúde.

Em conjunto com outros dois colegas do Curso de Mestrado, desenvolvemos um projeto integrado de prática assistencial e dissertação de mestrado com o título: **“Proposta de Educação Popular em Saúde: para além do borrachudo: uma coisa puxa a outra”**.

O referido projeto propunha, utilizando o itinerário de Paulo Freire, ou seja, através da problematização enquanto metodologia pedagógica, desenvolver um processo organizativo e participativo da comunidade, tendo como base os aspectos relacionados ao processo saúde/doença em seu mais amplo conceito e a partir das práticas e percepções ligadas a este processo.

Assumimos naquela ocasião que as práticas em saúde:

- independente do âmbito de suas ações, institucional ou popular, são situações concretas no cotidiano social e têm origem no âmago das determinações do processo saúde/doença;

- como características da sociedade vigente, conformam uma variedade de conceitos e concepções de mundo que as orientam e se reproduzem através de seus atores/autores sociais;

- ao mesmo tempo em que servem ao controle, reprodução e perpetuação das desigualdades sociais, estas práticas evidenciam o “caminho” de superação destas mesmas desigualdades, na medida em que são foco de conflito e resistência.

Procuramos, então junto ao Centro de Saúde e à comunidade do Bairro do Saco Grande II, mais especificamente na comunidade do Morro do Sol Nascente, desenvolver reflexivamente, utilizando o itinerário de Paulo Freire, um referencial crítico e transformador das ações de saúde a que estão sujeitos os atores sociais; na busca de um controle social efetivo sobre as ações de saúde, na busca da cidadania enquanto direito a vida plena.

Nessa perspectiva, utilizando um mesmo referencial pedagógico, como instrumento da ação em saúde, procuramos desenvolver nossas dissertações de mestrado, observando três temas distintos mas interrelacionados, já que eram frutos de uma mesma ação, ou seja:

- a participação popular;
- a organização popular; e a
- relação dialógica entre a instituição de saúde e os usuários na construção das ações em saúde.

O tema - a relação dialógica entre a instituição de saúde e os usuários na construção das ações em saúde - é o que procuro apresentar neste trabalho, descrevendo um relato de experiências de prática assistencial, instrumentalizada por uma metodologia pedagógica - o da problematização segundo a concepção de Paulo Freire.

## 2. A ABORDAGEM DO TEMA: UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICA AO OBJETO DE ESTUDO

Durante o desenvolvimento no Curso de Mestrado da UFSC e, mais especificamente, durante as disciplinas de “Fundamentos Teóricos de Educação” e “Educação na Assistência de Enfermagem”, procurei desenvolver um marco conceitual a partir de observações e preocupações impostas pelas atividades assistenciais.

Para o desenvolvimento do marco conceitual, procurei abordar as relações existentes entre conceitos de homem e mundo e “construção da história”<sup>1</sup> como bases fundamentais na relação pedagógica.

Através da apropriação da natureza pelo seu trabalho, o homem constrói seu mundo histórico, seu mundo humano, seu mundo cultural refletido em sua organização social. Na sociedade que cria e pela qual é também criado, emerge o homem, produto e produtor de si mesmo, enquanto ser histórico social. Nessa criação de si mesmo, o homem produz, então, seus bens materiais de subsistência, as relações sociais e as instituições sociais e, sobre estas, as idéias, as concepções de mundo, as necessidades e toda a base jurídico-política que “ordena” e “generaliza” estas relações.

Na sociedade moderna, no modo de produção capitalista mais especificamente, o homem é separado do produto criado pela sua força de trabalho e esta por sua vez, constitui-se a única mercadoria que dispõe para a troca de sua subsistência. Rebaixado ao nível dos objetos e dos produtos, o homem perde não só sua liberdade, mas também sua identidade enquanto criador e transformador da realidade social, que por sua vez, essa realidade, como afirma Kosik (1963,p.113), agora é “... o mundo objetivo das coisas e as relações humanas reificadas, diante das quais o homem é uma fonte de erros, de subjetividade, de inexatidão, de arbítrio e por isso, é uma realidade imperfeita”.

A perpetuação da realidade desse modo de produção capitalista, como em qualquer outro modo de produção, só é possível mediante a manutenção deste pelo conjunto social do qual emerge. Numa sociedade dividida em classes pela sua

---

<sup>1</sup> Construção da história - entendo como a elaboração da história as relações de trabalho em que o homem, no processo temporal de sua existência, constrói não só os bens de sobrevivência, mas também seu próprio conhecimento.

base econômica, segundo Gramsci (1955), a ideologia da classe dominante é quem determina a perpetuação da realidade desse modo de produção, amparada pela hegemonia em curso. Esta ideologia se reproduz, então, como afirma Saviani apud Cardoso de Melo(1989,p.5), não só mediatizada pela escola enquanto forma institucional de “educar”, mas, *“... educa-se através de múltiplas formas; outras instituições como os partidos, os sindicatos, as associações de bairro, associações religiosas, através de relações informais, da convivência, dos meios de comunicação em massa. Isto é, do cinema, do rádio, da televisão”*.

Assim, qualquer que seja a relação entre os homens é por si só uma relação pedagógica pois reflete um processo incorporado da cultura do trabalho humano, e é, portanto, um processo inerente às relações sociais.

Por sua vez, as necessidades do homem enquanto ser histórico-social, também são frutos de sua relação com o mundo social, criadas ou mediatizadas pelo modo de produção em curso, portanto, também histórico-sociais.

Enfocando o processo saúde como uma necessidade também oriunda das relações histórico-sociais do homem, isto é, de sua “práxis”<sup>2</sup> na elaboração do mundo social e de si mesmo, esta é tida como a condição única e imediata capaz de dar ao homem a possibilidade deste em possuir e transformar o mundo.

Emergindo nas diferenças sociais, e da “práxis” humana, a doença não só representa a identidade do processo patológico ou mórbido em si, mas também e principalmente, a possibilidade do não-vir-a-ser do homem enquanto arquiteto social e histórico do mundo.

Em face às necessidades de saúde, “são criados” sistemas que, embora tragam em seu discurso e método o objetivo “explícito” da promoção e recuperação da saúde, revelam através de sua prática implementada ao nível das relações imediatas - usuário/serviços de saúde - e cotidianas, não só as conseqüências das diferenças sociais geradas pelo modo de produção vigente,

---

<sup>2</sup> A “práxis”- segundo KOSIK, K. Dialética do Concreto, p. 202-207 - é na sua essência e universalidade a revelação do segredo do homem como ser onto-criativo, como ser que cria a realidade (humano-social) e que, portanto, compreende a realidade (humana e não-humana, a realidade na sua totalidade). Não é atividade prática contraposta à teoria, é determinação da existência humana como elaboração da realidade, “... compreende além do momento laborativo - também o existencial que se manifesta tanto na atividade objetiva como na formação da subjetividade humana. Como criação da realidade humana é ao mesmo tempo o processo no qual se revelaram, em sua essência, o universo e a realidade”.

como também e “implicitamente”, o caráter de reprodução e dominação da ideologia da classe dominante.

Como afirma Cardoso de Melo (1989,p.6), a instituição dos serviços de saúde, *“... não é uma mera edificação, um espaço físico apenas, ela é uma unidade de produção de serviços, um equipamento de consumo coletivo, é uma instância de gestão. Portanto, é também uma instância de reprodução social, um “locus” de trabalho e um espaço de expressão da cidadania, uma instância político-ideológica”*.

É o ponto de encontro das relações entre trabalhadores de saúde e os portadores das necessidades de saúde, o usuário, onde se dá não só uma relação interpessoal de corpos, falas, dores e saberes, mas é também e fundamentalmente um “locus” da relação pedagógica.

Porque uma relação pedagógica?

Luz (1979,p.63), em sua análise sob a questão dos espaços institucionais da saúde, acrescenta a esses, uma particularidade enquanto espaço de conflitos reafirmando-o como um “núcleo histórico de cristalização de poder e, portanto, um espaço fundamental na luta política pela hegemonia, entendida enquanto expressão de resistência de saberes”. Neste sentido, e considerando o pensamento de Gramsci (1955,p.37), para o qual “... toda relação de hegemonia é necessariamente uma relação pedagógica”, reafirmamos aqui, que as relações existentes entre os trabalhadores dos serviços de saúde e usuários destes serviços, caracteriza-se como uma relação pedagógica.

Toda relação, por mais pontual ou isolada que seja, se dá entre o ser e o ser, entre o ser e o objeto, entre o ser e mundo de maneira em que um se “apropria” do outro e se completam um no outro, na consciência do sujeito cognoscente.

Nas relações mediatizadas pela necessidade saúde, então, dá-se uma relação pedagógica não só pela comunicação dos corpos , mas também, pela interação de mundos dos sujeitos destes corpos.

### 3. O ESTUDO

Estabelecida a condição em que a Unidade Básica de Saúde (UBS) constitui-se num espaço caracterizado por relações de multiplicidade de interesses entre seus atores e que a “manipulação desse espaço” na implementação das ações em saúde evidencia um “locus” de ação pedagógica, procuro apresentar este trabalho segundo alguns passos na seguinte ordem:

a) descrever o referencial pedagógico que utilizei conjuntamente com outros dois colegas durante o Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC: o itinerário pedagógico de Paulo Freire, com um levantamento bibliográfico de suas obras e de outros autores que contribuíram para o estudo desse itinerário;

b) descrever as bases que constituem os processos determinantes das condições de saúde como uma aproximação ao objeto de estudo, utilizando bases conceituais para o processo saúde/doença;

c) descrever uma síntese da evolução do processo de educação em saúde, na história do sistema de saúde brasileiro mediante referências bibliográficas;

d) descrever mediante a observação direta, como estão organizados os serviços da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Centro de Saúde do Saco Grande II (C.S. S.G.II), procurando estabelecer a identidade entre a organização interna dos serviços (espaço da ação pedagógica em saúde, divisão do trabalho enquanto divisão do saber em saúde, processos técnicos-pedagógicos da assistência enquanto conteúdo ou instrumento da relação pedagógica em Saúde) e o “educador” em saúde. Isto considerando que estes elementos da organização são, por si só e num certo nível, elementos “educativos”, o que pode vir a constituir certas relações de identidade com o agente destas ações - o “educador”;

e) descrever o perfil do sujeito da relação pedagógica expresso na figura do usuário dos serviços e suas expectativas diante do “educador” ;

f) descrever as observações obtidas na implementação do referencial pedagógico adotado na prática assistencial e suas repercussões na assistência;

g) apresentar as conclusões obtidas e sua importância na prática em saúde coletiva.

#### 4. O ITINERÁRIO DE PAULO FREIRE COMO REFERENCIAL PEDAGÓGICO

Para a construção do objeto em estudo, a relação dos serviços de saúde e usuários dos serviços, se faz necessária, portanto, a explicitação do referencial pedagógico a ser utilizado, já que esta relação é eminentemente uma relação pedagógica.

Para Heidemann, Wosny e Gonzaga (1993), Paulo Freire, em suas obras, preconiza um processo pedagógico libertador. Pedagógico porque estabelece a “educação”, como o processo possível ao partilhamento do conhecimento vivenciado com o mundo e do mundo entre os homens, não só pela troca objetivada do conhecer o cognoscível, mas também pela transcendência que este conhecer permite. Libertador porque o conhecer o cognoscível, implica também em consciência crítica deste. Na medida em que os homens criticizam (a realidade), libertam-se na transformação e construção de si mesmos e do mundo.

A não-partilha do conhecimento do mundo condiciona diferenças e contradições entre os homens, na medida em que uns interpretam e reproduzem o “seu mundo” em detrimento e negação do “mundo do outro”. Em suma, nega-se o diálogo enquanto momento de partilha e comunhão do mundo. Para Freire (1991,p.79), *“... o diálogo é uma exigência existencial, é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados no mundo a ser transformado ...”*.

Enquanto ato de criação, o diálogo é também instrumento de conquista do mundo para a libertação dos homens. O diálogo não só é palavra dita mas palavra-ação, na medida em que sua essência é a própria expressão da “práxis” transformadora dos homens e com eles, o mundo.

Para Fiori (1991,p.9), Paulo Freire, *“... é um pensador comprometido com a vida, não pensa idéias, pensa a existência. É também educador: existencia seu pensamento numa pedagogia em que o esforço totalizador da “práxis” humana busca, na interioridade desta, retotalizar-se como prática de liberdade”*.

Como educador, não delimita o processo educativo ao ato de “vincular” no educando o conhecimento sistemático do educador. Ato que ele concebe como “educação bancária” da qual o educando é objeto passivo, receptáculo vazio carente de saber. O educador, nesta concepção, é o sujeito que: *“... educa, sabe, pensa,*

*disciplina, opta e prescreve sua opção*” (FIORI, 1991,p.59), preenche o receptáculo vazio do educando. Em contraposição ao modelo “bancário”, Paulo Freire propõe uma “educação problematizadora”, na qual *“o educador não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa”* (FIORI, 1991, p. 82).

À esta educação problematizadora, Paulo Freire dimensiona-a não só ao momento pedagógico, mas vincula-a a seu papel de transformação, da realidade, enquanto ato político. Como afirma Gadotti (1988, P.26), *“... Paulo Freire procura mostrar o papel político que a educação pode vir a desempenhar - e desempenha sempre - na construção de uma outra sociedade, a sociedade aberta ...”*, esta construção entretanto, *“... não poderá ser conduzida pelas elites dominantes, incapazes de oferecer as bases de uma política de reformas, mas apenas pelas massas populares, que são a única forma capaz de operar a mudança”*.

Nesta sociedade de diferenças, Freire evidencia, então, os que oprimem e os que são oprimidos. E a estes últimos, propõe sua pedagogia, como itinerário em busca da consciência de classe oprimida que “hospeda” em si a consciência do opressor. Essa dualidade na consciência do oprimido assim se manifesta: *“... de um lado, essa hospedagem da consciência do dominador (seus valores, sua ideologia, seus interesses), enfim, o medo da liberdade; de outro, o desejo e a necessidade de libertar-se. Trava-se no oprimido uma luta interna”* (GADOTTI,1988, P.28).

Freire, aí se propõe intervir, através da consciência articulada com a *“... ‘práxis’ desafiadora e transformadora, ... não prescindindo a essa consciência o diálogo crítico, a fala, a vivência ...”*. (GADOTTI,1988, p. 26), em busca da transformação desta realidade mediante a “educação problematizadora”.

Por conscientização, então, não a reduz à “tomada de consciência”, mas como consciência de e ação sobre a realidade, pois esta se realiza na prática e não na teoria.

Educação problematizadora porque a nível da consciência dos sujeitos, implica sempre num ato de desvelamento da realidade através do dialogo. Por ser uma “descrição de mundo dos sujeitos”, pelo dialogo, permite o resgate crítico de suas próprias histórias enquanto autores e atores sociais, isto é, o regate de sua “práxis”.



Com relação à “práxis”, esta é entendida como uma unidade que integra dinâmica e dialeticamente, a prática social, sua análise e compreensão teórica como elementos orientadores da luta pela transformação, isto é, como ação-reflexão-ação.

Para Freire, não é possível fazer uma reflexão sobre o que é educação sem refletir sobre o próprio homem. O núcleo fundamental que sustenta o processo educativo é o inacabamento, a inconclusão do homem. Este é considerado como um ser que reflete sobre si mesmo e coloca-se num determinado momento, “em” e “com” a realidade, que sendo histórica também é igualmente inacabada. O homem é um ser de relações com a natureza e o mundo, criador e recriador que através do trabalho transforma a realidade. Coloca homem e mundo como uma unidade dialética onde ambos se recriam através da história.

Ao colocar o homem como criador, que através do trabalho, transforma a realidade, Paulo Freire nos remete a outro conceito importante e indispensável na discussão da pedagogia freireana: CULTURA.

*“Cultura é tudo aquilo que é criado e recriado pelo homem. Consiste em re-criar e não repetir ... é o processo de transformação do mundo pelo trabalho ... se consubstanciando na criação de um outro mundo; o mundo da cultura que se alonga no mundo da história” (FREIRE, 1980, p. 115).*

Para ele, “ação cultural” e “revolução cultural” são dois momentos da práxis libertadora; *“... a primeira realiza-se em oposição às classes dominantes, enquanto a segunda realiza-se após a revolução social e política” (FREIRE, 1988, p. 33).*

A construção de sua teoria de prática pedagógica libertadora remete-nos a uma imagem na qual a relação pedagógica se dá na interação entre o sujeito cognoscente, o objeto cognoscível, e o educador. Numa relação em que o educador não é uma mera interposição entre sujeito e objeto, mas uma relação tríplice de mão dupla entre educador/sujeito, educador/objeto e sujeito/objeto.

sujeito

objeto

educador

A transformação ocorreria nas três instâncias dessa relação através de uma relação que segundo Gadotti (1988,p.36), além de democrática, *“entre educador e educando garante níveis diversos de maturação, (...) na medida em que*

*permite, através do diálogo, a construção de ações necessárias à “superação” do objeto apreendido em comunhão”.*

É também uma relação eminentemente de diálogo, dinâmica na construção do conhecimento.

Originário das fontes culturais e históricas dos indivíduos, o itinerário de Paulo Freire, prevê, assim, o papel do educador como um “re-inventor e inventor” constante e, os sujeitos, criadores e re-criadores do objeto a ser desvelado e transformado.

Nesta relação o educando e o educador se remetem à problematização do objeto na tentativa de sua análise e transformação.

A construção do itinerário freireano que coloca em questionamento a natureza do conteúdo é constituído de quatro etapas basicamente:

- A investigação temática: momento no qual se realiza uma investigação do universo de temas experienciados ou vividos no meio cultural dos educandos, que representam importância relevante para o seu universo, com a problematização do objeto ou objetos cognoscíveis mediante a exposição das experiências individuais, vividas pelos educandos através do diálogo objetivando a construção do(s) “temas geradores”. Os “temas geradores”: originam-se da investigação dos assuntos de significado social para o grupo mediante as suas preocupações cotidianas e elementos de uma cultura;

- a codificação: os temas gerados são codificados na fase de tomada de consciência dos indivíduos, quando são então contextualizados e substituídos em sua primeira visão mágica por uma visão crítica e social do assunto. Descobrem-se novos temas geradores, relacionados aos levantados inicialmente. Na codificação, os sujeitos participantes do grupo intencionam a situação existencial e buscam pelo diálogo, a compreensão significativa do tema. Ocorre a codificação pedagógica quando o significado é amplo e expressa informações. Nesta etapa, o papel do “educador” é criar, com os participantes “educandos”, um desafio para que penetrem no significado temático, diante do qual se acham e o admirem com “outros olhos”. A codificação, portanto, representa uma situação existencial vivida pelos participantes que, enquanto a viviam, ou não a “ad-miravam” ou, se a “ad-miravam”, o faziam através de um mero “dar-se conta da situação” e que, ao ser explicitada no conjunto dos participantes, remete-os à uma situação de “admirar” o mundo vivido.

- a “descodificação” é a etapa do itinerário de pesquisa que o autor descreve como um momento dialético em que as consciências “co-intencionadas” da codificação desafiadora, refazem seu poder reflexivo, da “ad-miração” vai se tornando uma forma de “re-admiração”. Através desta, os “educandos” vão se reconhecendo como elementos essenciais na história e portanto transformadores do mundo.

A “descodificação” é a análise e conseqüente reconstituição da situação vivida: reflexo, reflexão e abertura de possibilidades concretas de ultrapassagem. É um momento em que os indivíduos passam a transformar a realidade, sua consciência de mundo e observam o real da sua própria subjetividade.

Essa etapa do itinerário é referenciado, pelo autor, como um momento dialético em que as consciências dos participantes, co-intencionadas pela etapa anterior, remetem a esses a uma condição de “re-admiração” do vivido, constituindo assim, um momento reflexivo sobre a realidade vivida. É constituída de quatro momentos subseqüentes, ou seja: admiração e silêncio; descrição; percepção da situação e análise crítica da realidade vivida em comunhão.

No primeiro momento, os participantes do grupo descrevem os elementos codificados como parte do todo. Entretanto é o silêncio da apreensão do objeto codificado que se evidencia.

O segundo momento é caracterizado pela cisão da totalidade “admirada”. Os sujeitos olham a realidade de dentro, mas não conseguem apreender ainda sua totalidade.

Durante o terceiro momento os sujeitos voltam a admirar e apreendem a situação codificada na totalidade.

No quarto momento é realizada a análise crítica do que a codificação apresenta, ou seja, a realidade.

- Na “redução temática”, acontece uma ida e vinda do concreto para o abstrato e volta-se para o concreto problematizador. Descobrem-se os limites e as possibilidades da primeira etapa. Evidencia-se a necessidade de uma ação concreta, cultural, política e social visando “situações limites” e superação das contradições. O objetivo é a transformação, a conscientização (educação) coletiva entre os atores envolvidos na relação problematizadora

## 5. OS PROCESSOS DETERMINANTES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE COMO UMA APROXIMAÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO

### 5.1. Do Conceito de Saúde à Organização dos Serviços

O pensar em “fazer saúde” remete-nos a uma condição primordial, na qual a complexidade do conceito saúde/doença adotado impõe ao pensamento e às ações, uma linha diretiva que determinará a magnitude tanto das ações quanto do impacto que estas terão sobre o objeto social.

Nogueira, ao abordar em seus estudos a produtividade do trabalho como um dos determinantes das condições de saúde propõe que:

*“qualquer que seja o conceito que se possa ter acerca do que seja saúde, não se pode deixar de reconhecer que ela está estreitamente relacionada com a maneira em que o homem produz seus meios de vida (trabalho) e satisfaz suas necessidades (consumo), reproduzindo, nesse duplo movimento, as relações sociais que mantém com outros homens” (NOGUEIRA, 1979, p. 5).*

Desta forma se explicita a complexa interrelação entre ser saudável e acesso a trabalho, bens e serviços.

Entendendo a complexidade decorrente da interrelação dessas duas variantes - trabalho e consumo - como condicionantes no processo saúde-doença, restaria estabelecer o limite da abordagem que utilizo na construção desse trabalho.

Se nos fatores condicionantes do processo saúde-doença encontramos o consumo de bens e serviços como uma variável, e nela se encontram os serviços de saúde como um bem de consumo pelo conjunto social, considero, então, esse elemento constitutivo como ponto de partida para análise, isto é, os serviços de saúde como enfoque/problema desse estudo, sem no entanto esquecer a importância dos demais elementos anteriormente elencados.

Talvez houvesse o questionamento de porque utilizar os serviços de saúde como elemento constitutivo dos determinantes do processo saúde/doença .

Apresentaria a justificativa de que, trata-se de uma responsabilidade do Estado a garantia de acesso, não só aos serviços de saúde, mas também que este

propicie as condições mínimas de trabalho e acesso aos demais bens e serviços tais como, saneamento básico, assistência médica, educação, habitação e alimentação.

Um outro fator a corroborar esta justificativa seria que a garantia de acesso aos serviços de saúde como mecanismo de controle da condição de desgaste da força de trabalho a que está sujeito o homem, frente às condições de trabalho, exige do Estado, enquanto elemento controlador e facilitador dessas condições, a disponibilidade da oferta em quantidade e qualidade destes serviços.

Entretanto, o que se observa na atualidade é um distanciamento cada vez maior do Estado em garantir, tanto quantitativa quanto qualitativamente, a melhoria neste setor.

Por outro lado, identifica-se que a aproximação das questões gerenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) para as bases ou “locus” da ação em saúde - “municipalização, distritalização”, etc., tem permitido ou evidenciado uma possibilidade de controle social através da participação popular na organização destes serviços de saúde a nível local.

Esta condição tem demonstrado que, na “linha de frente” das ações em saúde, principalmente a nível dos serviços de atenção primária, é necessária uma mudança na relação entre o tipo de serviços ofertados e as reais necessidades apresentadas pelo usuário dos serviços, isto é, instituições de saúde e conjunto social.

Na análise das estruturas que conformam o Sistema Único de Saúde em seu momento de solidificação essas, constituiriam três esferas hierárquicas que necessitariam ser consolidadas:

- uma instância jurídico-política, caracterizada pela legitimação jurídica (institucional) do sistema;
- uma instância institucional/gerencial, representada pelas instituições responsáveis em consolidar a organização e gerências do sistema, segundo as demandas da instância jurídico-política; e
- uma instância operacional, caracterizada pelas demandas das bases operacionais dos serviços.

O que se observa, entretanto, é que apesar de estar “garantida” a instância jurídico-política, as demais instâncias mantiveram-se em condição de

instabilidade ao se organizarem e operacionalizarem as propostas jurídicas preconizadas para o sistema.

Entendida esta situação como decorrente de vários fatores determinantes, isto é, as condições de funcionamento, os instrumentos de gerência, as intenções de grupo envolvidos no sistema, entre outras, mas que, não serão, entretanto, objeto de nossa análise no momento.

O ponto a ser objetivado neste trabalho estaria mais voltado às características ligadas à última instância da tríade anteriormente elencada, isto é, o espaço (institucional) operacional, que nas análises de alguns autores, com raras exceções, pouco sofreu intervenções que gerassem impacto a nível concreto das finalidades dos serviços de saúde, ou seja, nas relações entre instituição de saúde e usuários dos serviços.

Partindo-se desse objeto de análise, o nível operacional dos serviços, onde se concretizam as ações de saúde, sua forma de organização; os atores envolvidos no processo; e os instrumentos de ação em saúde, é possível propor ações que consigam garantir as premissas jurídico-políticas para o sistema.

Na história do desenvolvimento da política de saúde no país, é possível observar que toda a ação proposta para os serviços continha um conteúdo pedagógico como instrumento necessário à concretização dessas ações, ou seja, em se tratando de momentos de intervenção sobre as condições de saúde de determinado grupo ou totalidade social, requeria para concretização desses projetos de intervenção, medidas educativas que objetivavam as adesões sociais ao processo. Seria necessário então descrever, mesmo que sucintamente, como evolui o processo de educação em saúde nos momentos de desenvolvimento do sistema de saúde.

Em sua estrutura, segundo alguns autores, as práticas pedagógicas denominadas de Educação em Saúde, são descritas nos diferentes momentos da história como um projeto de correção das falhas no processo de autocapacitação dos indivíduos e utilizadas sistematicamente como ação complementar às atividades de saúde, expressando na prática, um conjunto de procedimentos que visam a mudança de comportamento a nível individual para que atendam as finalidades determinadas pelos serviços sanitários.

Segundo Rosa (1984, p.30), a educação em saúde no Brasil, tem suas origens no século passado e é constituída das seguintes fases:

- a primeira fase que tem início na 3ª década do século XVIII (1840-1850)
- é denominada de “HIGIENIZAÇÃO” e seu conteúdo pedagógico propunha, segundo a autora, o ensinamento de hábitos de higiene com a finalidade em manter os indivíduos sadios. Para a autora, *“... foi uma política destinada às famílias dos grandes proprietários como forma de proteger as crianças e adultos deste grupo, e almejava transformar as qualidades físicas, psíquicas e sexuais de seus componentes, em símbolos de classe social superior”*.

Neste período era evidenciada, a nível do contexto sócio-econômico, um crescente incremento nas aglomerações urbanas de forma desordenada pelo aumento significativo da demanda migratória e na análise de Costa, apud Rosa (1989, p.30), o Estado começa a se preocupar com o problema de organização das cidades e o controle da população de baixa renda. As conseqüências estruturais relativas ao processo sócio-econômico neste período concorreram para o desenvolvimento de epidemias (varíola e febre amarela) e como medidas de controle “instituiu-se a vacinação obrigatória contra a varíola e medidas de interdição, desinfecção e derrubada de casas em bairros pobres”(ibdem).

A legislação neste período adotara normas que disciplinavam sobre a ocupação do espaço urbano e o controle com medidas coercitivas de higiene, das baixas camadas da população.

Com a organização institucional dos serviços sanitários pelo governo federal a partir de 1920, quando é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), introduziu-se a propaganda e outras técnicas pedagógicas em substituição às medidas coercitivas, fiscal e policial até então utilizadas. No mesmo período, a educação começou a incorporar as críticas relacionadas à falta de acesso ao ensino escolar e que a nível das classes sociais menos favorecidas, representavam um importante instrumento de mobilidade social.

Com o surgimento do “ideário escolanovista”, na análise de Rosa (1989,p.31), e que *“... trazia em sua estrutura um aporte teórico ... voltado para os fundamentos da biologia e psicologia principalmente, iniciam-se as modificações na prática educacional, para a qual é fundamental o aperfeiçoamento físico, intelectual e moral do indivíduo, com a finalidade de prepará-lo para a vida”*.

A partir de 1925 (Cardoso de Melo, 1981, p. 35) surge o primeiro curso para a formação de educador sanitário, como elemento difusor do conteúdo das propostas sanitárias, então denominada “Educação para a Saúde”.

Com a reforma administrativa de 1930, “... os assuntos de Saúde Pública e da Educação até então subordinados ao Ministério da Justiça, passaram a ter Ministério próprio, isto é, o Departamento Nacional de Saúde e o Departamento Nacional de Educação” (ibidem).

É a partir desse momento que, segundo Rodrigues, apud Rosa (1989, p.36), “dá-se o início da segunda fase ou período da Educação em Saúde no Brasil”, a denominada fase eugênica, durante a qual, *não bastava só inculcar noções de higiene à grande massa populacional, era necessário, também, que essa incorporasse conceitos eugênicos. As condições propícias ao desenvolvimento humano estavam em se manter física e mentalmente as camadas sociais aptas ao trabalho, como garantia de gerações futuras mais saudáveis.*

Com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, financiado em grande parte por recursos do governo norte americano (Fundação Rockefeller até 1960), inicia-se a terceira fase das atividades pedagógicas no sistema de saúde brasileiro, caracterizada como o “*momento sanitário*”.

Com a situação de conflito armado em curso, a Segunda Grande Guerra Mundial, o investimento americano na economia nacional procurava garantir um fluxo adequado de matéria prima necessária à indústria armamentista, isto é, a extração de borracha e minério, principalmente.

Tal medida proporcionou uma nova expansão das ações de saúde, visto que o contingente de mão-de-obra necessário à extração de matéria prima necessitava, emergencialmente, ações de cunho sanitário para enfrentar as adversidades advindas do ambiente insalubre a que estavam expostos os trabalhadores e suas famílias.

Introduziram-se novas tecnologias educacionais, de “... abordagem tecnicista como os recursos audiovisuais, noções sobre causas biológicas das doenças, nutrição e cuidados com as crianças. Inovações na educação sanitária de grupos, estimulando o desenvolvimento e organização de comunidades e introduziu a ideologia desenvolvimentista, buscando modernizar o preparo da mão-de-obra para a agricultura e a indústria pesada” (ROSA, 1989, p.33).



*“... As funções da Educação em Saúde, teria como objetivo mediato o reajuste dos valores culturais da comunidade com a finalidade de alcançar a melhoria das condições de vida, enquanto que seu objetivo imediato é de auxiliar a comunidade a compreender os programas de saúde a ela oferecidos para que possa deles participar” (ROSA, 1989,p.34).*

A partir de 1975, quando se evidencia a deteriorização das condições de saúde da população, a crise econômica para o setor saúde e os poucos resultados obtidos pelos serviços de assistência, faz-se necessária uma urgente modificação no Sistema de Saúde, culminando com a separação das entidades do Ministério da Saúde que passa a orientar as atividades da rede pública de Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social que concorre com a responsabilidade sobre o atendimento Médico-Hospitalar (individualizado).

As ações básicas de saúde de caráter coletivo orientadas para o saneamento básico, imunizações, alimentação e nutrição, assistência médica sobre o conjunto materno-infantil e a educação para a saúde passam a ser foco exclusivo das ações do Ministério da Saúde.

O fundo orientador pedagógico das ações de educação para a saúde contudo, evidencia um conteúdo básico de informações sobre cuidados de higiene pessoal e ambiental, que no fundo impunha aos agentes sociais a responsabilidade sobre sua própria saúde.

A partir de 1976 com a criação da Divisão Nacional de Educação para a Saúde (DNES) no Ministério da Saúde, fica caracterizado um conteúdo planejado de educação em saúde como atividade necessária e complementar à assistência encontrada nos serviços de saúde.

Com a Conferência de Alma-ATA (OMS,UNICEF) em 1978 objetivando propostas que atingissem “saúde para todos no Ano 2000”, mediante a regulamentação dos serviços básicos de saúde, a extensão de cobertura com baixo custo e resultados satisfatórios para populações pobres, condicionam uma reestruturação e articulação entre as instâncias gestoras dos serviços, ou seja, o Ministério da Saúde, Previdência Social e Secretarias Estaduais de Saúde.

Entre outras consequências de tal momento do processo de organização das instâncias gestoras, a educação em saúde assumiu o caráter complementar de

garantir ainda a adesão dos grupos sociais às limitações decorrentes das ações básicas de saúde, expressa na carência de recursos tanto humanos quanto financeiros para o setor. Embora as prescrições contidas nos anais da Conferência descrevessem a educação para a saúde como um recurso pedagógico, como um instrumento de conscientização e estimulação social para a participação e busca de soluções para os problemas de saúde, não consegue uma adesão social importante visto que as condições em que se encontravam os recursos necessários aos serviços não se alteraram.

A partir de 1982, com a instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) pretendeu-se redirecionar a política de saúde rumo à integração do atendimento da rede pública, através da descentralização da gerência dos serviços para as instâncias estaduais principalmente.

Em 1986, considerado início da Nova República, palco da 8ª Conferência Nacional de Saúde e marco decisivo para as propostas da Reforma Sanitária, temos uma ampliação do conceito saúde/doença como decorrente dos fatores inerentes às relações sociais e o Estado como responsável em garantir o acesso aos serviços de saúde. A educação em saúde sofre um avanço enquanto proposta, na medida em que admite o processo saúde/doença como resultante das relações sociais e se insere como instrumento de apreensão e compreensão da realidade pelos atores envolvidos nas relações dos serviços de saúde.

## **5.2. A Organização dos Serviços: um espaço limitador ou facilitador da relação pedagógica**

Entendido que no processo de evolução histórica do Sistema de Saúde, este traz consigo, instrumentos de uma pedagogia como elemento de corroboração de suas propostas frente às demandas sociais, faz-se necessário então identificar, sob a ótica da organização dos serviços, como estão dispostos os instrumentos e espaços desta relação pedagógica.

Nas instituições de saúde, tomando-as como espaços da “práxis” humana em seu modelo organizativo revela-se também sua dimensão pedagógica,

reproduzida de um modelo maior, extra institucional, isto , é, revela-se como uma codificação do modelo opressor no modo de produção em curso.

Nas observações de Cleg, apud Pitta (1994,p.8)<sup>3</sup>, as organizações contemporâneas exercem inegavelmente, a maior

*“...influência sobre as condutas individuais, criando assim um espaço particular de negociação entre o individual e o coletivo, entre as sociedades e o mundo, com seus sistemas simbólicos e as relações sociais que conseguem produzir. Pode-se afirmar que a organização é uma forma de ação coletiva, negociadora de subjetividades numerosas, diferente da ação individual portadora de uma subjetividade única”.*

A organização das atividades internas das práticas de saúde, enquanto reclusas num espaço formal, revelam, através da norma, da rotina, do programa, da fila, da ficha, do controle do trânsito interno de seu ambiente, da estrutura física e dos instrumentos, não só o emblema do poder à ordem institucional, mas também, e principalmente, um ambiente propício a uma determinada relação hegemônica.

Este espaço organizado se reproduz nos seus agentes pois mediatiza suas práticas. Desta forma, esta organização “organiza”, não só as referências espaço-temporais dos seus agentes enquanto atores deste cenário mas também, reafirma no profissional de saúde o seu papel de organizador da “organização”.

A organização arquitetônica das unidades básicas de saúde, ao que parece, está determinada segundo a capacidade desta em acomodar e implementar um certo número de ações básicas de saúde que são caracterizadas pelos ditos “programas de saúde”.

Estes programas, trazem em sua filosofia e metodologia, a inspiração de um vínculo ideológico semelhante ao do modelo biomédico atual.

O que se evidencia é que estas atividades programáticas enquanto ações racionalizadas, compactadas, modularizadas, revelam as características do modelo biomédico existente que segmenta não só o homem em partes, mas formula, para estas partes, ações também segmentadas.

---

<sup>3</sup> Embora a autora faça uma abordagem questionadora do serviço de saúde sobre a ótica, preponderantemente, dos serviços hospitalares, considero suas análises pertinentes às instituições de saúde de um modo geral.

É de se ressaltar que estes programas, apesar de serem aplicados com alguma eficácia e serem concebidos segundo riscos epidemiológicos, não alteram significativamente os reais fatores determinantes do processo saúde/doença, ou melhor, não objetivam sanar as “doenças” sociais determinadas por uma sociedade dividida em classes antagônicas.

São programas que atingem uniformemente o espaço nacional, inclusive demonstrando o seu caráter generalizador de uma ação homogênea, que age sobre uma realidade socialmente desigual.

Enquanto atividades programáticas, trazem como método de ação, três dimensões de aplicabilidade prática:

- “educação em saúde”;
- as atividades curativas propriamente ditas; e
- a atividade preventiva que, por sua vez, permeia o conteúdo das ações anteriores.

Ao serem implementadas em ações concretas a nível local dos serviços, por melhor preconizada ou intencionalizada, nunca ultrapassam a dimensão curativa e todas as outras ações são idealizadas em função desta, o que deixa transparecer seu fundamento filosófico centrado no modelo biomédico.

A organização das atividades da unidade básica de saúde em função dos programas, mesmo que preconizem a integralidade destas ações para a comunidade, esta ocorre, quando muito, sobre o indivíduo único e não extrapolam o espaço formal delimitado para estas ações.

*“Trabalho há 15 anos como médico no Posto de Saúde, passo o dia prescrevendo remédios contra vermes e anemias e sei que isso não serve de nada, posso fazer isso a vida inteira e nada terá mudado” (médico).*

Nesta fala, entre muitas outras, de um pediatra de uma unidade básica de saúde, se reflete a ineficácia desse sistema em várias dimensões; ao mesmo tempo em que revela uma ação concreta sobre o sujeito, não se perpetua como objetivo proposto para a ação, pois o sujeito está submetido a fatores que extrapolam à simples intervenção técnica.

Deixa transparecer também, a negação do próprio trabalhador em saúde enquanto “educador” ao negar-se como ator determinante das relações sociais, na

medida em que se identifica frente a uma ação que não repercute em uma transformação da realidade afirmada, persiste em sua reprodução, e ainda, omite e nega o sujeito de sua ação, como um ator também determinante das relações sociais. A realidade que supostamente necessita ser transformada é muito distante de sua ação cotidiana, que se reduz numa intervenção meramente técnica sobre o problema ( a doença) apresentado pelo sujeito único. Em seu discurso é evidenciada a necessidade de se modificar a característica do seu atendimento individual para uma ação que englobe o sujeito coletivo e que , esse profissional se veja como agente de mudanças da realidade que ele mesmo questiona. Isso implica em não se paralizar frente ao problema detectado e sim superá-lo. Negando a sua “práxis”, como se fosse força “impotente” sobre/com o sujeito ou a realidade percebida, nega a si mesmo como agente de mudanças.

Esta fala deixa também a evidência de uma relação muito maior do que a explicitada pelos agentes da relação, uma relação externa que determina, condiciona e mediatiza esta relação interna dos atores. Ao se refletir sobre a fala do profissional acima e se aprofundando, nas entrelinhas, naquilo que está além da mera concatenação ordenada das palavras, percebe-se um sentido de isolamento no qual muitos destes profissionais se encontram. Embora encontrem-se dividindo um mesmo espaço formal dos Serviços de Saúde, acham-se distantes do sujeito de suas ações e até mesmo do entendimento e compreensão da organização do trabalho. Ao “analisar” que os instrumentos técnicos estão desajustados às reais necessidades do sujeito da ação, estão fazendo críticas à postura do próprio educador da ação em saúde.

Assim, para um entendimento da complexidade das ações expressas na organização dos serviços de saúde, se evidencia a necessidade de enfocar como está organizado o processo de trabalho em Saúde.

Tal enfoque, portanto, deveria atingir a análise das partes integrantes deste processo, ou seja, a divisão do trabalho expresso nos agentes do trabalho em saúde enquanto “educadores”, os instrumentos da ação “pedagógica” e os sujeitos da ação educativa em saúde, expressos nas demandas coletivas da U.B.S.

### **5.3. A Divisão do Trabalho e os Processos Técnicos como Instrumentos Pedagógicos**

Sobre a organização do trabalho na U.B.S., mesmo que num primeiro momento nos pareça bastante definida, sua característica ou perfil voltado para a assistência médica e que todas as outras ações apresentadas pelo conjunto de seus atores decorram ou estejam voltadas à concretização desse tipo de assistência, é necessário estabelecer que esta organização do trabalho constitui-se num pano de fundo mais amplo, como uma categoria de serviço imerso no conjunto social, que expressa uma necessidade social e com um fim útil no processo das relações produtivas do conjunto social.

Uma outra ressalva a ser considerada, em relação à organização para a produção dos serviços de saúde, é que a imagem do conjunto social expressa em suas ações, através de seus atores, as influências decorrentes do momento do processo político-ideológico no qual está inscrito. Face a esse pressuposto, as características de sua organização colaboram para uma transformação ou a conservação de determinada realidade social.

Entendendo estas premissas como fatores importantes na determinação da organização dos serviços de saúde e que, mesmo evidenciando, às vezes, um caráter totalitário e até mesmo paralisante frente às propostas transformadoras dos serviços, expressos nas vanguardas minoritárias no contexto político-ideológico do país, a aproximação do enfoque sobre as realidades contextuais dos serviços locais de saúde contrapõem-se a esta evidência na medida em que, ao mesmo tempo em que constituem espaços de legitimação das tendências dominantes, revelam a possibilidade de sua transformação, enquanto espaço de conflitos e resistências locais, o que possibilitaria a intervenção dos projetos destas vanguardas minoritárias.

As observações de vários autores, entre eles, Gonçalves e Nogueira<sup>4</sup>, numa abordagem sociológica em seus estudos, analisam os aspectos do processo

---

<sup>4</sup> GONÇALVES, Ricardo B.M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho. Tese de doutoramento, USP, São Paulo, 1986; NOGUEIRA, Roberto Passos. Dinâmica do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. Brasília, OPS, 1986.

do trabalho em saúde em sociedades capitalistas bem como a determinação social destes serviços e apontam também, para a necessidade em se observar os aspectos ligados à divisão social do trabalho<sup>5</sup> e as variáveis constitutivas do processo de produção nos serviços de saúde como elementos importantes na compreensão das relações que se estabelecem nos serviços de saúde.

Neste momento, ao enfatizar os aspectos ligados à divisão do trabalho na organização da produção dos serviços em saúde na U.B.S. pretendo evidenciar em que condições concretas se desenvolve a divisão do saber sobre o objeto e o sujeito nas relações pedagógicas em saúde.

Para tanto, ao se pensar a relação pedagógica propriamente dita (enquanto objeto de estudo) nos pressupostos anteriormente elencados sobre o pensamento no itinerário de Paulo Freire para o questionamento: Qual seria o papel do educador em saúde frente ao sujeito e ao objeto do conhecimento ?

Na concepção freireana, o caráter da dialogicidade se antepõe como base da relação pedagógica e também pressupõe ainda, a eliminação do perfil autoritário (concepção bancária) do educador, não querendo dizer com isso que o educador deva estar despido do seu conhecimento, mas que este é um “possível” olhar sobre o objeto do conhecimento e que o diálogo com o sujeito não está em neutralizar o seu olhar sobre o objeto mas, em função deste, evidenciar os possíveis matizes do objeto através do diálogo e mediante a problematização deste, de modo que permita ao educador “re-apreender” tanto sobre o objeto quanto sobre o sujeito.

Portanto, do educador, fica incontestado o seu papel na relação, não como o sabedor supremo sobre o objeto, mas sabedor das possibilidades que esta relação permite. Agente facilitador e sistematizador do diálogo em busca da aproximação crítica entre sujeito e objeto do conhecimento.

Trata-se de uma relação “... horizontalizada, oposta ao elitismo” na afirmação de Gadotti, e que “... nutre-se de amor, humildade, esperança, fé e confiança. Na relação dialógica-educadora, parte-se sempre da realidade do

---

<sup>5</sup> Divisão Social do Trabalho refere-se à “... distribuição de funções que dividem os indivíduos em uma sociedade de acordo com as diferentes tarefas que realizam. A primeira grande divisão se efetua ao se separar o trabalho manual do trabalho intelectual. A divisão técnica do trabalho compreende os aspectos técnicos de um processo produtivo específico que são partilhados entre grupo de trabalhadores. In: SOUZA, Alina Maria de Almeida et al. Processo educativo nos serviços de saúde. Brasília, OPS, 1991.

*educando, dos conhecimentos e da experiência dele, para construir a partir daí o conhecimento novo, uma cultura vinculada aos seus interesses e não à cultura das elites".* (GADOTTI, 1998, p. 27).

Numa tentativa de aproximação sobre o processo de divisão do trabalho e as atividades técnicas enquanto instrumentos pedagógicos presentes na Unidade Básica de Saúde considero como necessária uma descrição de como essas características se apresentam na Unidade Básica de Saúde em torno da organização dos serviços.

O Centro de Saúde do bairro Saco Grande II tem seu horário de funcionamento das 7:00 às 19:00 horas, de segunda a sexta-feira e dispõe para o atendimento as atividades de clínica-geral, pediatria, ginecologia /obstetrícia, enfermagem, odontologia, nutrição e serviços básicos de enfermagem.

Serve também às atividades de formação para os acadêmicos dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia. Realiza coleta de material para exames laboratoriais duas vezes por semana.

Entre as ações programáticas em saúde desenvolve as atividades voltadas à atenção da saúde da:

Mulher: pré-natal, preventivo do câncer cérvico-uterino, planejamento familiar;

Criança: vacinação, teste do fenilcetonúria, T3 + T4 (teste do pezinho), acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, nebulização;

Adulto: na atenção às doenças crônico-degenerativas (diabetes, hipertensão arterial sistêmica); orientação nutricional.

Presta ainda atividades de acompanhamento nutricional à crianças desnutridas, clínica geral odontológica, além de procedimentos básicos de enfermagem (curativos, nebulizações, dispensa de medicamentos, coleta de amostras para exames laboratoriais).

Para estas atividades, dispõe dos seguintes profissionais:

5 médicos: 2 clínicos geral; 2 pediatras; e 1 ginecologista-obstetra;

2 enfermeiros;

2 odontólogos;

1 nutricionista (uma vez por semana);



- 2 auxiliares de enfermagem;
- 5 atendentes de enfermagem;
- 2 auxiliares de serviços gerais.

O trabalho se divide então sobre estes personagens que têm papéis que se interagem no seu conjunto.

A atividade médica do Centro de Saúde consiste em oferecer exclusivamente consultas médicas individualizadas e orientadas para a demanda espontânea. Esses profissionais têm, juntamente com os odontólogos, contrato de trabalho diferenciado. Com um número de consultas vinculadas ao seu contrato de trabalho, sua permanência no local de trabalho está diretamente vinculada à capacidade do profissional agilizar as consultas previstas<sup>6</sup>. Exceto um destes profissionais, todos os demais têm outras atividades (consultórios, hospitais, etc.), além do Centro de Saúde. Nenhum destes profissionais reside próximo ao local de trabalho.

Em sua totalidade referem que seu compromisso é dar “atenção aos doentes que procuram o posto”. Dos cinco profissionais desta categoria apenas um é do sexo masculino e têm idade média em torno dos 37 anos. A consulta médica é realizada em dois consultórios disponíveis no Centro de Saúde e consiste basicamente em receber os “pacientes agendados e os de emergência do dia”, proceder a consulta médica dos clientes já previamente “pesados e medidos”<sup>7</sup>. As consultas de ginecologia para o preventivo do câncer e colocação do Dispositivo

---

<sup>6</sup> Na Prefeitura Municipal de Florianópolis os servidores são admitidos mediante concurso público e para a Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social, os profissionais médicos e odontólogos, têm a opção em estabelecer contratos de trabalho de 20 horas ou 40 horas semanais com a disponibilidade para dedicação exclusiva. Uma das portarias destas instituições, normatiza o atendimento médico e odontológico segundo o contrato de trabalho destes profissionais. Para os profissionais com contrato de 40 horas semanais; clínicos gerais e pediatras prevê 4 consultas/hora; ginecologistas-obstetras 3 consultas/hora e odontólogos, 2 consultas/hora. Ainda em função dos baixos salários, a Prefeitura Municipal instituiu a redução da carga horária diária para 6 horas apesar do contrato de trabalho preconizar 8 horas e conseqüente redução para 3 horas diárias para os profissionais com 20 horas semanais.

<sup>7</sup> Ao chegar no Centro de Saúde os clientes dispõem-se em fila frente à recepção, é aberto o prontuário e quando este já existe, é retirado dos arquivos; acrescenta-se a estes, um número por ordem de chegada do cliente; inicia-se a “triagem” pelo atendente ou auxiliar de enfermagem com a verificação de medidas antropométricas e sinais vitais (pulso, pressão arterial e temperatura copórea), logo após os clientes são encaminhados à sala de espera enquanto aguardam o chamado do médico para o procedimento da consulta, os casos “emergenciais”, hipertermia, hipertensão ou outra intercorrência são priorizados no atendimento.

Intra Uterino (DIU) recebem a cooperação de um atendente de enfermagem dentro do consultório para prover ao médico o instrumental necessário à execução deste procedimento. As consultas destinadas ao “pré-natal”, pelo médico especializado, às vezes são acompanhadas por um atendente que fica incumbido da revisão das medidas antropométricas. As orientações aos “pacientes” são fornecidas após os procedimentos clínicos de anamnese, exame físico, diagnóstico e prescrição e são exclusivamente feitas dentro do consultório e de acordo com o “problema detectado no paciente” e não ultrapassam à orientações prescritivas sobre cautelas a serem tomadas pelo “paciente” frente ao seu agravo; medidas higiênicas; uso da medicação; consumo de alimentos; importância do aleitamento (pediatra/obstetra); etc., e também exclusivamente individualizadas. Raramente este profissional participa das atividades de grupo geralmente realizadas pelos enfermeiros e destinados a grupo de gestantes, hipertensos, diabéticos de acordo com as prescrições previstas nas atividades programáticas mencionadas anteriormente. As consultas de pré-natal para as gestantes (nos nove meses gestacionais) e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças (até 24 meses) são sistematicamente intercaladas com consultas de enfermagem, isto é, nos meses ímpares as consultas são realizadas pelo médico e nos meses pares, pelo enfermeiro, exceto os casos de comprometimento clínico (gestação de risco, desnutridos, etc.) que são de exclusividade da assistência médica.

É de se ressaltar que a maioria das informações e orientações sobre o “problema do paciente”, detectado durante a consulta médica, é delegada aos demais profissionais da unidade, principalmente aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Ressalte-se que estas características descritas foram também abordadas no excelente estudo de GONÇALVES, R.B.M. op. cit., o qual observa que para os “médicos consultantes” o trabalho médico “é um só (...) as diferenças estão na própria clientela, não como objeto de trabalho, mas como consumidor. Os consultantes se dividem em dois grandes blocos a este respeito; os que lamentam mais a incapacidade econômica da clientela para consumir adequadamente seus serviços e os que lamentam mais a incapacidade cultural da clientela para compreender as orientações de modo a que essas lhe sejam úteis e, (...) entre os pediatras se ressentem mais nitidamente dos efeitos desse ‘bloqueio cultural’ onde faz referência ao trabalho de enfermagem, na pós-consulta, onde o objetivo principal, proceder - pela maior proximidade cultural e pelo maior tempo disponível a realização da atividade - a uma tradução das orientações dadas pelo médico ao paciente. Embora em um sentido restrito, essa idéia implica a atribuição ao trabalho de enfermagem, de um caráter tecnológico diretamente referenciado à produção dos serviços. Restrito porque não se trata de intervir sobre o

Ao enfermeiro cabe, além das ações diretas sobre o cliente da demanda espontânea isto é, se estes se encaixarem no rol dos serviços ofertados (programas de saúde) consultas a crianças (A.C.D., Vacinas); mulheres (preventivo do Câncer, pré-natal, planejamento familiar); adultos (hipertensos, diabéticos) principalmente e, as atividades de pré e pós-consulta médica com uma ou outra intervenção técnica sobre curativos, injeções, coleta de material para exames laboratoriais, etc. É responsável, também, pelas atividades de controle administrativo do instrumental técnico e burocrático da unidade e também pela supervisão das atividades dos demais profissionais da sua categoria e dos auxiliares de serviços gerais (limpeza). Este profissional tem grande influência na manutenção das atividades programáticas desenvolvidas no Centro de Saúde, e sobre estas, tem um significativo domínio dos processos técnicos e operacionais previstos para os diversos programas. Em relação a estes processos, cumpre também a finalidade de reciclar as atividades técnicas, junto aos demais profissionais de sua categoria. As ações “educacionais” observadas na prática deste profissionais, não se diferenciam das práticas estabelecidas pelos profissionais médicos anteriormente citados. Não fogem aos instrumentos informativos e prescritivos previstos no elenco das orientações contidas nos programas de saúde. A diferença a ser observada atribui-se à utilização de um vocabulário e um contato mais acessível e prolongado com o paciente. Ressalte-se que esta atividade sofre outra variação, pois, embora em sua grande maioria seja praticada com o usuário individualmente, observa-se que este profissional constitui grupos de usuários para a realização das informações programáticas tais como, grupo de gestantes; grupo de mulheres para o planejamento familiar; grupo de hipertensos; grupo de diabéticos, etc.

O conteúdo das informações, entretanto, e as próprias características dos grupos constituídos não fogem aos modelos de programas de saúde, com informações definidas em álbuns seriados, livretos com noções de anatomia e fisiologia de alguns sistema do corpo humano, composição dos alimentos, importância das vacinas, doenças sexualmente transmissíveis, etc.

Ressalta-se que foi observada a utilização de algumas destas atividades como mecanismo de controle da demanda usuária dos serviços<sup>9</sup>

A relação com o usuário consiste em, seguindo os passos previstos no material instrucional, repassar verbalmente as explicações sobre a realidade considerada tecnicamente objetiva e presente no conteúdo do material instrucional.

São utilizados também, vídeos, manequins educativos, de acordo com o grupo constituído, para informar o conteúdo. Ao que parece, esta relação entre o sujeito (usuário dos serviços), objeto (material instrucional) e o “educador” (profissional de saúde) configura-se como uma “idolatria” ao objeto do ensino tanto pelo sujeito quanto pelo “educador”. Ambos parecem admirar a concretude desse objeto, ali, isolado, em sua condição científica e objetiva. O “educador” se limita a nomear as partes, descrever suas relações internas e identificá-las com o sujeito (usuário). Este, por sua vez, escuta muito e fala muito pouco, “aceita” e, às vezes, mesmo não entendendo, não questiona, simplesmente aceita<sup>10</sup>.

Os odontólogos do Centro de Saúde têm pouca relação com os demais membros da equipe. Sua assistência é completamente limitada aos procedimentos técnicos dentro do consultório. Sua agenda é, inclusive, controlada pessoalmente. Recebe a ajuda de um dos atendentes de enfermagem para a organização, limpeza e esterilização do material odontológico. Sua articulação com a equipe se limita ao intervalo para o cafezinho e aos momentos em que lhe são, solicitados os mapas de produção e pedidos de material de ressuprimento para manutenção do “seu” equipo odontológico. As informações repassadas aos clientes são restritas e delimitadas ao conteúdo específico e exclusivo do seu saber.

O nutricionista, atendendo uma vez por semana no Centro de Saúde, recebe sua demanda dos encaminhamentos dos demais profissionais e atende os

ide,

---

<sup>9</sup> A exemplo disso, o fornecimento de medicamentos e dispositivos contraceptivos (contraceptivos orais, preservativos) aos usuários do programa de planejamento familiar, condiciona o usuário a retornar ao Centro de Saúde nos próximos meses consecutivos para obter estes produtos. E cada vez que retorna, recebe as mesmas informações obtidas anteriormente.

<sup>10</sup> Questionados, depois de repassado o conteúdo, os sujeitos admitem a importância do “ensinado”, apreendem grande parte do conteúdo, mas de forma desarticulada. Ao descreverem o “apreendido”, os sujeitos fixam-se em relatar as partes mais concretas (ex. anatomia) provavelmente por estas estarem mais passíveis de visualização e identificação com o próprio corpo. As etapas que requerem maior recurso verbal do educador (ex. fisiologia) que é geralmente rebuscada de palavras técnicas não “traduzidas”, são em sua grande maioria não compreendidas pelo sujeito.

“pacientes” que necessitam um acompanhamento do seu estado nutricional. As informações são dadas de forma individualizada de acordo com o problema detectado para o paciente. Têm um bom relacionamento com a equipe, ainda que sua permanência na unidade seja de forma esporádica. É de se observar que o papel deste profissional não é bem compreendido pelos demais profissionais e clientes do Centro de Saúde, razão pela qual sua agenda apresenta uma incidência muito baixa de clientes. Para os usuários que apresentam quadros patológicos relacionados à hipertensão e diabetes, principalmente, e que necessitam controle dietético, esse profissional dispõe de um elenco variado de material impresso destinado à distribuição aos seus “pacientes” que contém prescrições de acordo com o grau do problema diagnosticado.

Os auxiliares e atendentes de enfermagem é que estabelecem a maior interface com o usuário dos serviços, por mais que esta esteja relacionada aos procedimentos eminentemente manuais (curativos, vacinas, nebulização, triagem, recepção para o atendimento geral). As informações que estes profissionais destinam aos usuários não ultrapassam às de complementações dos procedimentos técnicos executados de forma individualizada e, quando questionados pelo usuário sobre determinado procedimento, respondem freqüentemente através de monossílabas. Sofrem grande pressão da demanda pois são considerados como verdadeiros +controladores do acesso<sup>11</sup> dos usuários aos demais profissionais, que nem sempre estão disponíveis ao atendimento. Essa característica da percepção pelo usuário da atividade “controladora” do acesso aos serviços pelos auxiliares e atendentes de enfermagem, evidencia uma das faces conflitivas da relação que a nosso ver tem também seu conteúdo pedagógico. Ao se constatar a percepção da imagem “controladora”, referida pelo usuário, se identifica que a ordem dos processos tem um efeito útil à racionalidade da organização dos serviços. A nossa percepção ao se evidenciar essas características, remete-nos a uma outra imagem: a organização dos serviços e dentro dela a divisão do trabalho em suas nuances

---

<sup>11</sup> Na percepção dos usuários estes profissionais “... se não vão com a sua cara ou não estão num bom dia com a vida você acaba sobrando e é mal atendido” (usuário). “Elas nem querem saber o que a gente tem e já vão dizendo que não tem ficha, tenho que vir bem cedo se quiser ser atendida”(usuária). “Elas deviam perguntar o que é que a gente tem ou então escutar os problemas prá depois, sim, falar não” (usuária).

estéticas, tem também um conteúdo pedagógico que é percebido, assimilado e confrontado - não em sua totalidade - pelos sujeitos da relação.

Ao que parece, a hierarquia, existente na UBS sobre os processos relacionados com a assistência, se configura sobre duas vertentes. Uma sobre a assistência propriamente dita e outra sobre as atividades “meio” necessárias a essa mesma assistência.

Já que as características da assistência estão voltadas principalmente para o atendimento de consultas médicas é de se inferir que, a decisão sobre a terapêutica está predominantemente sobre a responsabilidade do profissional médico. Quando ocorre uma maior participação entre os demais profissionais da equipe e esse profissional, as decisões e tarefas são melhor partilhadas e distribuídas pelos demais profissionais, configurando um aspecto mais horizontalizado e distributivo do controle da assistência.

De um modo geral, no controle da assistência (atividades terapêuticas), predomina o saber médico.

As atividades (técnicas e burocráticas), necessárias a viabilização das consultas médicas, recaem sobre os profissionais de enfermagem e são, por sua vez, supervisionadas, principalmente, pelos enfermeiros. Esses, assumem o papel de intermediação da consulta médica e se responsabilizam pelas atividades do controle burocrático da assistência. Os problemas relacionados com a falta de recursos (medicamentos, humanos, impressos, etc.); condutas sobre os procedimentos técnicos (curativos, vacinas, esterilização, etc.) e supervisão sobre os demais profissionais de sua categoria, fazem parte das atividades do enfermeiro.

Ressalte-se que essas características, assim descritas, não traduzem a totalidade ou a complexidade das relações existentes entre os profissionais que trabalham na UBS.

Contudo, a divisão do processo de trabalho constitui um aspecto de extremo interesse nos processos educativos em saúde. Considero que as características desse processo, permitem ou propiciam um certo modelo pedagógico. Nesse aspecto, a divisão do processo de trabalho, nos remete à divisão do saber. E esse saber dividido, implica em identificar “quem pode dizer”, “sabe dizer” ou ainda, “quem pode ensinar” ou “sabe ensinar” alguma coisa a alguém.

## 6. HISTÓRICO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIDA DO SUJEITO COLETIVO

As primeiras notícias históricas referentes à Ilha de Santa Catarina, citam-na como ponto estratégico principalmente para os navegantes portugueses e espanhóis que vinham a caminho da bacia do Prata e do Oceano Pacífico.

Primitivamente, a região era habitada pelos índios Tupi-guaranis e mais tarde por colonizadores portugueses que tiveram sua chegada motivada pelo Tratado de Tordesilhas, no ano de 1494. Este Tratado definiu que as terras ao oeste do Brasil pertenceriam à coroa Espanhola e ao leste à coroa Portuguesa.

De uma forma abrangente a Ilha de Santa Catarina naquele período, possuía as seguintes características econômicas e políticas:

- geodesicamente era o ponto mais próximo dos limites do Tratado de Tordesilhas ao sul, o que lhe conferia a característica de ponto estratégico político-militar, para os interesses da coroa portuguesa;

- os recursos naturais disponíveis da Ilha (madeira, víveres e abrigos fornecidos por suas bacias e enseadas), favoreciam enormemente as embarcações rumo à bacia do Prata;

- em relação aos outros portos existentes no Brasil, principalmente os do Rio de Janeiro e Santos, esse era desprovido das dificuldades encontradas nos demais. O custo para obtenção dos recursos materiais necessários ao abastecimento dos navios, era significativamente menor, além da amistosidade dos habitantes que na Ilha residiam.

A primeira iniciativa de povoamento da Ilha de Santa Catarina se deu em 1651 com a chegada de Francisco Dias Velho Monteiro, proveniente da Província de São Vicente (São Paulo). Apesar desta campanha ser representada por um contingente significativo de índios (aproximadamente quinhentos), esta colonização não se desenvolveu, mas deixou como marco histórico, a implantação da primeira Vila. Com a morte de Dias Velho, grande parte dos colonizadores retornaram à província de origem.

Com o crescimento das atividades comerciais e militares na bacia do Prata, a Ilha vê então aumentada sua importância estratégica. Assim, com a finalidade de criar uma base de apoio aos enfrentamentos militares contra a coroa

Espanhola, Portugal transforma a Ilha numa capitania independente da de São Vicente (São Paulo).

O primeiro governador da capitania foi o Brigadeiro José da Silva Paes, que inicia a segunda tentativa de ocupação por parte da Ilha, com o incentivo da vinda de aproximadamente cinco mil imigrantes das ilhas da Madeira e Açores. A migração de Madeirenses e Açorianos foi justificada pela coroa Portuguesa, em virtude do Brasil não ter por si só, população suficiente e disposta a colonizar a nova capitania. Muitos desses colonos povoaram o continente circunvizinho, entretanto é na Ilha que a maioria deles vai viver e trabalhar. Deste primeiro contingente de imigrantes vão surgir as comunidades até hoje estabelecidas, tais como: Lagoa, Ribeirão da Ilha, Ratones, Santo Antônio de Lisboa, Canasvieiras, Rio Vermelho, Rio Tavares e outras.

/ Com o processo de implantação das vilas e a posterior ocupação do interior da Ilha, surgem diversos agrupamentos intermediários, dentro os quais Saco Grande e Cacupé, em direção ao norte.

do

No decorrer do tempo, a Ilha perde suas características de extrativismo relacionadas à sua situação estratégica geo-política-militar, obrigando seus habitantes a desenvolverem mais acentuadamente uma cultura de subsistência. Esta cultura estava relacionada ao cultivo de cana-de-açúcar, café, mandioca, algodão e a pesca artesanal principalmente. Este tipo de cultura perdura até a atualidade, porém, em menor intensidade.

A capitalização da produção agrícola a nível nacional, ocasionou mudanças drásticas nos meios de produção tradicionais das comunidades interioranas da Ilha de Santa Catarina. O crescimento urbano ocasionado pelo êxodo rural atinge também a Ilha, obrigando a urbanização de suas antigas freguesias. Esta ocupação acompanhou principalmente o trajeto natural dos mananciais de água potável bem como as vias de acesso do centro ao interior da Ilha.

Na atualidade, Florianópolis desenvolve as suas atividades econômicas mais acentuadamente nos setores secundário e terciário. No setor secundário as maiores expressões da economia florianopolitana estão vinculadas à produção de gêneros alimentares, confecção têxtil e atividades relacionadas ao ramo imobiliário. O setor terciário é o que apresenta o maior contingente de mão de obra empregada, sendo os serviços da área de alojamento e alimentação, reparo e manutenção e



serviços diversos, os de maior representatividade, participando com aproximadamente 80% do total de ofertas em relação aos demais setores.

Florianópolis conta hoje segundo os dados do IBGE conforme o censo de 1990, com uma população de duzentos e noventa e quatro mil habitantes aproximadamente. Destes, cerca de oito mil residem na comunidade do Saco Grande II, que faz parte deste cenário.

Como descrito anteriormente, no processo de ocupação do interior da Ilha, o Bairro de Saco Grande fazia parte do trajeto por terra em direção à freguesia de Santo Antônio de Lisboa e Ratonés. A estrada geral que liga o centro da capital ao norte da Ilha, hoje conhecida como rodovia Virgílio Várzea, foi a via que facilitou este processo de ocupação.

Saco Grande II, situado na região centro-oeste da Ilha de Santa Catarina, apresenta-se com um cenário de montanhas e vales. Adotando-se o referencial da rodovia SC 401, na sua direção centro-norte, em sua margem esquerda acomoda-se lentamente o terreno, formando com o mar e mangue a conformação de um saco. Na sua margem direita aparecem encostas de montanhas ainda cobertas com florestas remanescentes.

O processo de ocupação da região do Saco Grande ocorreu em função da fertilidade do solo encontrado na Ilha, principalmente nas fases intermediárias entre mangue e encosta, o que propiciou o surgimento de propriedades agrícolas típicas do processo de colonização da Ilha de Santa Catarina. Estas propriedades desenvolveram o cultivo das principais produtos de subsistência, tais como a mandioca, café, milho, algodão, além da extração de madeira, pequenas atividades pecuárias e pesca. O excedente desta cultura de subsistência era comercializado nas freguesias de Ratonés, Santo Antônio e centro.

A centralização do poder político e administrativo favoreceu o desenvolvimento da economia secundária e terciária na capital catarinense, o que ocasiona, com processo de urbanização, a absorção do contingente descapitalizado da economia primária do interior do Estado. É de ressaltar que este contingente é absorvido principalmente pela economia terciária. Desprovidos de recursos para se fixarem na região urbana da ilha, passam a adquirir pequenas propriedades agrícolas advindas dos remanescentes minifúndios da região.

A deterioração da característica econômica do setor primário da ilha, se deve ao incremento deste setor nas regiões circunvizinhas do município, isto é, os

municípios de São José, Palhoça, Tijucas, vale do rio Cubatão e Santo Amaro da Imperatriz, principalmente. A atividade pesqueira e agropastoril da Ilha sofreu com este processo, chegando praticamente a extinção, levando a população remanescente a vender e se desfazer de toda ou parte de suas propriedades. Ocorre, então, uma mudança no modo de subsistência, levando a população a se integrar ao setor secundário e terciário do município, residindo em áreas periféricas da cidade, das quais destacamos a região do Saco Grande II.

O setor imobiliário e turístico se evidencia como uma das principais atividades que se desenvolveram nos setores secundário e terciário da economia florianopolitana.

A região norte da Ilha, devido suas características propícias ao desenvolvimento de atividades de lazer e balneária, foi o que primeiro se desenvolveu.

O incentivo ao turismo exigiu maiores investimentos de infra-estrutura, principalmente na via de acesso às praias da região norte da Ilha, ocasionando a construção da rodovia SC-401, modificando em parte o trajeto da antiga rodovia Virgílio Várzea, que era a principal via de acesso ao norte da Ilha. Uma das consequências da mudança do trajeto ao interior da ilha, foi a drenagem e aterro de parte do mangue do Saco Grande, com divisão geográfica do bairro em duas regiões distintas: Saco Grande I (João Paulo) e Saco Grande II.

Vale destacar aqui, que a formação do bairro Saco Grande II, mais especificamente, não foge ao processo de ocupação da ilha em seu contexto histórico.

É de salientar entretanto, que neste bairro, apesar de nos últimos anos ter sofrido um grande aumento do seu contingente populacional, principalmente oriundos do interior do Estado ou mesmo fora deste, ainda residem os remanescentes das estruturas minifundiárias, característica do processo de ocupação histórica da Ilha.

Portanto, fica evidenciado que a estrutura populacional daquela comunidade, apresenta duas características distintas em relação ao processo de ocupação do bairro:

- os remanescentes dos minifúndios que tinham uma característica em relação ao extrativismos da Ilha, descendentes da ocupação açoriana histórica, que ocupa as margens da rodovia Virgílio Várzea (estrada geral do Saco Grande);

em

- e recentemente, outros provenientes do processo de migração do contingente descapitalizado do interior do Estado que aqui buscam novas formas de sobrevivência e passam a ocupar as encostas dos morros da região.

Uma outra característica de ocupação das encostas do bairro Saco Grande II, está relacionada com o seu significativo manancial aquífero, que determina, por sua vez, a concentração do contingente migratório em diversos locais distintos do bairro, onde a água é relativamente de fácil acesso. Isto pode ser exemplificado pelos agrupamentos de moradores dos morros denominados de Atanásio, Balão, Sol Nascente, Barreira do Janga, Monte Verde e da Cruz.

Mais recentemente, na última década, foram implantados naquela comunidade, projetos do Sistema Financeiro de Habitação do governo federal, denominados Conjunto Habitacional do Monte Verde e Residencial Parque da Figueira, caracterizados por habitações de metragem e infra-estrutura padrão, segundo as concepções do sistema de habitação governamental.

Segundo dados do Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis (IPUF), 45% aproximadamente dos moradores habitam as encostas dos referidos morros. O restante está agrupado nos conjuntos habitacionais citados e na orla da rodovia Virgílio Várzea. Destaca-se, portanto, um número bastante significativo de moradores em situação de precariedade habitacional, que segundo o IPUF, caracteriza-se por população favelada.

Os moradores que residem à margem da rodovia Virgílio Várzea, por fazerem parte dos remanescentes minifundiários, detém atualmente uma infra-estrutura habitacional melhor localizada em função de bens e serviços, em contraposição às características e agrupamentos da encosta, tais como toda a infra-estrutura de saneamento básico, educação, saúde, transporte, lazer e cultura, abastecimento e oferta de trabalho.

Por outro lado, os moradores das encostas, além de apresentarem uma dinâmica mais acentuada em relação aos moradores da baixada, apresentam um déficit importante em relação a toda a infra-estrutura. Estas características, portanto, determinam as condições de vida daqueles moradores, acentuando uma demanda em busca dos bens e serviços necessários à sua subsistência.

A comunidade em geral dispõe atualmente da seguinte infra-estrutura:

- educacionais: uma escola de primeiro grau; duas creches da instituição pública; e, um núcleo de educação infantil;

- saneamento básico: a coleta de lixo é realizada em dias alternados; a água é tratada pelo sistema de rede pública para 40% da comunidade em geral; não existe rede de esgoto canalizado, exceto esgotamento das águas pluviais;

- sistema de transporte: possuem transporte coletivo sistematizado, com horários regulares;

- rede elétrica: existe iluminação pública e rede de distribuição de energia para todo o bairro;

- pavimentação: as ruas na sua maioria, não são pavimentadas, exceto a rodovia Virgílio Vázea, que é calçada com lajotas e a SC-401 que é asfaltada.

✱ / Quanto ao processo organizativo do bairro, este possui um conselho comunitário, o COMOSG - Conselho de Moradores do Saco Grande II, uma U.C.P.P. - Unidade Comunitária de Produção e Profissionalização, Associação de Moradores da Barreira do Janga, Associação de Moradores do Sol Nascente e o grupo organizado responsável pelo tratamento e distribuição de água no morro do Balão. /

As organizações religiosas que atuam na comunidade são: Igreja Católica, um Salão do Reino das Testemunhas de Jeová, uma Assembléia de Deus, uma Casa das Irmãs da Divina Providência.

Como instituições prestadoras de serviços privados de saúde, existe uma farmácia e como recursos populares de saúde, uma benzedeira na Barreira do Janga. Quanto à rede de abastecimento de alimentos apresenta-se bem distribuída no bairro, e consta de pequenos armazéns, mini-mercados e mercearias.

Na estrutura de lazer predominam atividades esportivas como o futebol, que atualmente possui doze agremiações. Existem outras atividades de lazer, que incluem freqüência aos bares, uma discoteca e festas de cultura popular, tais como: pau de fita, farra do boi e boi de mamão.

Além destes recursos sedia também a associação de cegos: sede social da associação catarinense de medicina - ACM; cidade das abelhas, parque de exposição Admar Gonzaga; motel; distribuidora de produtos de pesca; floricultura e jardinagem; pequenas metalúrgicas; revenda de pedras ornamentais; dois postos de gasolina; diversos pontos de extração de areia e barro.

Analisando toda a estrutura de desenvolvimento histórico do bairro, é importante identificar algumas particularidades que surgiram com a implantação do projeto COHAB, que proporcionou uma melhora significativa nas condições de

moradia da região. Deste projeto originaram-se dois conjuntos residenciais: o do Monte Verde, com quatrocentas moradias e o do Parque da Figueira, com quatrocentos e vinte e quatro apartamentos.

Uma das consequências deste projeto, foi a vinda de moradores de outras localidades para ocupar estes conjuntos habitacionais. Estes, por sua vez, apresentavam melhores condições financeiras de subsistência, facilitando e requerendo uma condição organizativa concreta, embora voltada para problemas particulares destes conjuntos habitacionais. Evidencia-se então duas tendências na organização do bairro: a organização comunitária dos conjuntos habitacionais da COHAB, que tendem à ações de associativismo exclusivamente para aqueles conjuntos; as outras organizações, teoricamente orientadas pelo Conselho de Moradores do Saco Grande II - COMOSG, que estende suas ações aos interesses do bairro como um todo. Entretanto, o que se percebe, é uma tendência no desmembramento e redelimitação do bairro, tornado explícito pelas ações implementadas por estas associações de dinâmicas distintas.

O Conjunto Habitacional do Monte Verde e Residencial Parque da Figueira, constituíram-se com características de um novo bairro, o que fica determinado pela prática do associativismo independente em relação ao bairro como um todo. Portanto, é reconhecido pelos seus moradores, como um bairro distinto do Saco Grande II.

O COMOSG concentra suas atividades na área de sua sede e nos locais circunvizinhos, assim delimitados: toda a extensão que abrange o morro do Atanásio, até a barreira do Janga, o que de certa forma, exclui em parte, a sua jurisdição política e administrativa sobre os residenciais Monte Verde e Parque da Figueira.

Dos grupos de moradores sob a jurisdição administrativa do COMOSG, o que tem apresentado um maior número de necessidades reivindicadas é o dos moradores da localidade denominada Sol Nascente. Esta comunidade também é denominada de Morro do Vино. Está situada na parte central do bairro que compreende uma depressão do relevo entre os morros do Atanásio e do Cajú.

### **6.1. O Sujeito Coletivo e seu Perfil - O Olhar sobre o Sujeito**

A comunidade do Morro do Vito hoje denominada de Sol Nascente, é uma comunidade bastante recente com aproximadamente 8 anos desde o início de sua ocupação. O assentamento das famílias deu-se segundo as mesmas características do processo de ocupação de encostas.

Acentuou sua ocupação nos últimos cinco anos com o aumento do processo migratório do interior do Estado e do vizinho Estado do Paraná, ocupando principalmente o trajeto natural dos mananciais aquíferos, até hoje existentes.

Procurando conhecer melhor alguns aspectos do perfil sócio-econômico e demográfico, destacamos um levantamento amostral de trinta e cinco famílias, escolhidas aleatoriamente da totalidade de aproximadamente cento e cinquenta famílias que residem na comunidade.

### **6.2. A Situação Sócio-econômica e Demográfica do “Sol Nascente”**

Em dezembro de 1992, alunos da IV fase do Curso de Enfermagem da UFSC realizaram um cadastramento de trinta e cinco famílias, utilizando um questionário no qual eram abordados questionamentos relacionados à identificação das famílias residentes no morro do “Sol Nascente”. Os dados consistiram em identificar a idade, sexo, grau de escolaridade, ocupação, renda, procedência, número de indivíduos na família, além de aspectos ligados ao saneamento básico.

Segundo os dados coletados as famílias cadastradas apresentavam o perfil de um grupo bastante jovem com um contingente entre zero e quinze anos de aproximadamente 49% do total cadastrado, com uma expressão maior na faixa etária entre os 5 e 15 anos de idade, com um percentual de 30,11%.

O grupo etário entre 15 e 30 anos apresentava um percentual em torno de 28,5%. A faixa etária entre 30 e 50 anos expressava um valor próximo aos 22,5% e na faixa etária de 50 anos a mais, um percentual em torno de 5,5% do total do número de moradores identificados no cadastramento domiciliar.

Em relação ao sexo, as famílias cadastradas apresentavam um total de 51,7% para o sexo feminino e os restantes 48,3 para o sexo masculino.

De um modo geral, observa-se que a comunidade apresenta, pelas suas características demográficas, um perfil populacional significativamente jovem e em relação ao sexo uma tendência qualitativa ligeiramente superior do sexo feminino sobre o sexo masculino.

#### **A ESCOLARIDADE:**

Observou-se que para o grau de escolaridade 72% dos indivíduos constantes do cadastramento realizado, referiram o 1º grau incompleto, para as faixas etárias maiores de 7 anos de idade.

O analfabetismo atinge o percentual de aproximadamente 10% dos entrevistados. O 1º grau escolar completo, 2º grau incompleto e 2º completo, correspondem a 6%, 2% e 3% respectivamente.

#### **TRABALHO E RENDA:**

Da mão de obra empregada, em sua maioria do sexo masculino, observa-se que esse contingente ocupa atividades principalmente na construção civil, serviços de vigilantes e transportes, salientando, entretanto, que este grupo apresenta atividades de polivalência necessárias para o incremento da renda familiar.

Em relação ao sexo feminino, o seu maior contingente refere atividades no lar, cerca de 30%, o percentual de 13% exerce suas atividades como empregadas domésticas, enquanto que os restantes 57% estão diluídos em percentuais baixíssimos em outras atividades como por exemplo, atividades do comércio, costureiras, cozinheiras de restaurantes, aposentadas, etc.

A renda familiar abordada no cadastramento aponta para um percentual em torno de 35% das famílias recebendo entre dois e três salários mínimos. Cerca de 20% entre um e dois salários e 28% com renda em torno dos três e cinco salários mínimos.

É de se salientar que famílias residentes no "Sol Nascente" apresentam uma média de 7 pessoas por residência e que esta característica contribui para a diluição da renda familiar e aponta para um outra característica de residentes temporários encontrada em grupos populacionais migratórios.

De um modo geral, observa-se que seu maior contingente, cerca de 60% apresenta renda familiar até três salários mínimos, caracterizando-se assim, uma população de baixa renda.

#### **A PROCEDÊNCIA:**

A grande maioria dos entrevistados, 51%, são provenientes da Grande Florianópolis, isto é, provenientes dos municípios vizinhos à capital tais como: São José, Biguaçu, Santo Amaro da Imperatriz, Tijucas, Paulo Lopes, Penha, Imbituba, etc.

Cerca de 17% das famílias cadastradas são provenientes do Meio-Oeste Catarinense; 8% e 11% dos estados circunvizinhos do Rio Grande do Sul e Paraná respectivamente.

As referências migratórias que apresentam os moradores do "Sol Nascente, evidenciam perda da posse da terra na origem e as condições de trabalho como sendo de melhor acesso no município de Florianópolis, principalmente na construção civil.

#### **AS CONDIÇÕES SANITÁRIAS:**

**A água:** a comunidade do "Sol Nascente" utiliza como abastecimento de água, dois mananciais aquíferos que cortam a localidade. A água tratada pela Companhia de Saneamento e Esgoto de Santa Catarina - CASAN, não atinge aquela localidade, pelo fato da comunidade estar instalada a uma altitude aproximadamente de 80 metros acima do nível da rede de abastecimento d'água.

Quanto ao tratamento da água consumida pelos moradores, observa-se que cerca de 45% destes não realizam qualquer tipo de tratamento, a água é consumida "in natura". Aproximadamente 20% filtra para o consumo, 14% utiliza o método de fervura e outros 11% ferve somente para as crianças.

Um outro dado observado relacionado ao perfil mórbido apresentado na comunidade identificado junto ao Centro de Saúde daquela comunidade, é o grau de importância que as doenças de origem infecto-contagiosas e parasitárias representam, principalmente as verminoses e a hepatite viral (Tipo A), um elevado risco para a comunidade o que vem a corroborar a sua estreita relação frente as baixas condições sanitárias.



### **O LIXO:**

O difícil acesso às servidões que cortam a comunidade, limita o recolhimento do lixo da comunidade pela Companhia de Melhoramentos da Capital (COMCAP).

Cerca de 14% da comunidade dispõe desse benefício do recolhimento sistemático do lixo.

Dos entrevistados apenas 34% utilizam o método da queima do lixo, os demais 23% jogam o lixo em vala aberta, outros 14% jogam nas margens das cachoeiras e cerca de 15% utilizam outras formas para de disporem do lixo, tais como o soterramento ou soterramento e queima concomitantemente.

Observa-se que os mananciais aquíferos ali localizados, apresentam um grande volume de resíduos provenientes do lixo e depositados em vários pontos das cachoeiras.

O destino do lixo é de fundamental importância, segundo a totalidade das pessoas entrevistadas que sentem uma dificuldade muito grande para levar o lixo até o local acessível aos caminhões da COMCAP.

### **O ESGOTAMENTO SANITÁRIO:**

Por se tratar de uma região de encosta do morro e apresentar um declive bastante acentuado e sem rede de escoamento, o esgotamento sanitário torna-se um outro grande problema elencado pela comunidade.

Atualmente, das 35 famílias cadastradas, 57% utilizam-se de vala encanada e à céu aberto para o esgotamento, que por sua vez, termina por atingir o leito das cachoeiras. Outros 34% utilizam-se de fossas simples e 9% de fossas sépticas com a finalidade de retenção dos resíduos sólidos com liberação de massa líquida para o cachoeira.

#### **6.2.1. O sujeito e sua relação com a Unidade Básica de Saúde - O que se aprende do conteúdo “educador” ensinado pelo serviços de saúde.**

Nas visitas que fazia no “morro”, nas casas, nas ruas, ao encontrar com as pessoas que procuram o Centro de Saúde e até mesmo dentro das dependências deste, procurava questionar informalmente sobre as percepções a

respeito das informações obtidas no Centro de Saúde e o volume de conteúdo fixado, na tentativa de estabelecer a eficácia da informação dada ao usuário.

Cabe ressaltar que ao descrever os pormenores dessa relação, não pretendo confirmar a condição da passividade do sujeito já que as características apresentadas anteriormente, para o “educador” e o conteúdo do objeto “ensinado”, evidenciam sua tendência a uma relação verticalizada em sentido único da qual se identifica quem “ensina” e quem deve aprender.

O objetivo neste instante é, em se tratando de um conteúdo formal objetivado e destinado à “educação” do sujeito no enfrentamento à doença, estabelecer se nessa condição dada, mesmo que “bancária”, a forma de educar, atinge os objetivos a que se propõe.

*“... eu acho muito importante essas explicações porque a gente aprende muitas coisas que não sabia, como falou a enfermeira, eu não sabia que o leite que sai do peito é também fabricado pelo “ormono” que tem útero quando a gente fica grávida”. (usuária, 26 anos, após receber as informações sobre o aleitamento materno)*

*“aprendi que o meu leite é muito importante para o bebê mas se eu tenho que trabalhar prá ajudar o marido como é que fica? (...) eu fico sentindo uma coisa aqui dentro; um remorso de não poder dar o peito pro bebê, se ele fica doente já fico achando que se eu tivesse dado o leite, ele não ia adoecer tanto a vida tem horas que é um atormento que acho que vou ficar louca com tanta coisa”. (usuária, 18 anos, 2 filhos, doméstica, após as informações sobre o aleitamento materno).*

*“... eu sei que quanto mais remédio eu tomar (referindo-se ao anticoncepcional oral) é pior pro meu corpo, prá pressão, fica mais gorda sabe? Mais não adianta, o meu marido diz que não consegue transar com camisinha e eu tenho que continuar a tomar a pílula prá não ter que cuidar (engravidar). Tem que ter alguém prá falar com ele dessas coisas”. (usuária, 30 anos, 3 filhos, doméstica, após as informações sobre o planejamento familiar)*

Nos relatos acima descritos, embora haja uma variabilidade em torno da estrutura do objeto(informações sobre saúde) a ser apreendido, percebe-se que os

objetivos da relação estão invariavelmente destinados ao repasse das informações pelo “educador” e a aceitação ou não em apreender o conteúdo pelo sujeito (usuários dos serviços). E mesmo que consiga apreender o conteúdo, isto é, mesmo que esse sujeito (usuário dos serviços) possa interagir com o objeto (informações fragmentadas) a superação deste reside justamente na incapacidade do educador (profissional) em não expor o objeto em suas outras determinações, o que evidencia a anulação, pelo educador, de variáveis importantes na determinação do objeto.

O objeto (informações), na fala dos sujeito (usuários), toma outras dimensões que escapam à percepção no sujeito (usuário) mas que determinam uma postura análoga deste frente ao objeto(informações).

Por mais que se vislumbre o objeto (informações em saúde), nestas condições acima, o vislumbamento tem um fim em si mesmo, não repercute na transformação nem do educador (profissional dos serviços) nem do sujeito (usuário dos serviços) frente ao objeto<sup>12</sup>, <sup>13</sup> (informações em saúde). O objeto (informações em saúde) torna-se distante para ambos. Distante do “educador” (profissional), por este não conseguir que o sujeito (usuários)se transforme frente ao objeto (informações em saúde) do educador. Distante do sujeito (usuários), por este objeto (Informações em saúde) não constituir parte- em sua forma fragmentada

---

<sup>12</sup> Cabe aqui ressaltar que o processo da aprendizagem, em sua essência, pressupõe uma transformação através da interação entre sujeito e objeto, no qual o sujeito apreende o objeto por sucessivas aproximações a ele, utilizando dos “mecanismos de assimilação e padrões culturais”. Como interpreta DAVINI, Maria C. Do processo de aprender ao de ensinar, Brasília, 075 (mimeo), que os esquemas ou mecanismos de assimilação são como formas de ação que um sujeito desenvolve para conhecer alguma coisa e compreendem ações materiais e operações mentais e variam sucessivamente em esquemas sensório-motores; perceptivos; lógico-concreto e lógico-abstrato. E os padrões culturais ligados à estrutura da formação histórica de inserção social dos sujeitos.

<sup>13</sup> Enquanto ato que pressupõe transformação “a educação se identifica com o processo de hominização, e voltada para a construção do homem coletivo e por situar-se no mundo social e histórico, que envolve o conjunto das relações e determinações tais como: políticas, econômicas, culturais, familiares, etc., não poderá estar atenta tão somente para as questões isoladas de formação da mente ou do atendimento de diferenças individuais ou, menos ainda, estar jungida ao princípio de rendimento da sociedade. Na perspectiva da transformação, importa estar atento aos seres humanos como coletividade: importa considerar cada indivíduo como elemento da totalidade social, tendo o direito e o dever de participar de todos os bens sociais, econômicos, políticos, culturais, em igualdade de condições”. LUCKESI, Cipriano C. Elementos para uma didática no contexto de uma pedagogia para a transformação, in: Simpósio III Conferência Brasileira de Educação. Edições Loyola, 1984, p. 202-217.

apresentada pelo educador (profissionais) - da vida cotidiana do sujeito. É o desencanto da relação.

Um outro aspecto a ser observado nas falas dos sujeitos(usuários), é sobre um certo grau de ansiedade gerada pela sua “imperfeição” frente ao objeto (informação). Ao que parece, como no caso descrito sobre o aleitamento materno e o de planejamento familiar, frente à inflexibilidade gerada mediante sua exposição ao objeto, o sujeito (usuário)sente-se de certa forma, “impotente” em “possuí-lo” como um bem importante ao seu cotidiano.

Assim, captado em sua fragmentariedade, o objeto (informação em saúde) torna-se um elemento frustrante, negativo, não transforma e muito pelo contrário, condiciona o sujeito (usuário)à sua “impotência”. A informação fragmentada (objeto) torna-se fonte de angústia. O sujeito (usuário) passa a saber mais, mas não consegue mudar seu cotidiano face a esse “novo” conhecimento.

Entretanto, conversando com algumas mães que regularmente vem ao Centro de Saúde para vacinar seus filhos, questionava junto a elas sobre o que as fazia vir regularmente à unidade:

Mãe: *“... eu venho porque a vacina é uma coisa super importante para a saúde das crianças”.*

Pergunta: *“quais as vacinas que seu filho já tomou ?”*

Mãe: *“Já tomou quase todas. Da gotinha já tomou muitas vezes. Do sarampo e da tríplice”.*

Pergunta: *“Você sabe para que servem as vacinas ?*

Mãe: *“Da gotinha é prá paralisia, tem a do sarampo e a tríplice que eu não sei bem prá quê que serve. Eu acho que é prá tétano”.*

Pergunta: *“E o pessoal do Posto lhe informou sobre as vacinas que seu filho está tomando ?”*

Mãe: *Sim, e a dona “D” é uma ótima pessoa, explica tudo. Mas você sabe como é que é, eu trabalho de tarde. De manhã tenho que fazer todo o serviço de casa, lavar e passar roupa, almoço prá crianças e pro marido. O tempinho que sobra eu venho no postinho e é sempre na pressa, nem dá pra entender direito as coisas que fala prá gente e eu também tenho a memória muito curta (risadas)”* (usuária, 27 anos, 3 filhos, levou o filho prá vacinar).

As mães que levam as crianças para vacina ou para o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (A.C.D) ao Centro de Saúde, bem como as

mulheres gestantes, têm uma característica diferente do restante da demanda do Centro de Saúde. O fato de estarem procurando os serviços de saúde em uma condição alheia a da “doença”, lhes configura um perfil diferente das demais mulheres que buscam aqueles serviços. Tem-se a impressão que estão ali para confirmar junto aos profissionais sua condição “saudável”, não só para elas mas para as pessoas que se encontram na unidade naquele momento. Por mais que tenham problemas de ordem diversa, ali, naquele momento, elas são ou estão diferentes. Comparam o volume de seus ventres, o tempo de gestação, ou a idade de seus filhos; suas peraltices, beleza, semelhança ao pai ou a mãe; seu desenvolvimento psico-motor, etc. enquanto esperam ser atendidas. Quando atendidas, ao que parece, fixam-se no ato imediato ao atendimento ao que lhes é dito ou informado. E, o que esperam desse serviço ?

*“... venho ver se está tudo bem com o bebê, pesar, medir”*  
(usuária, 19 anos, 1 filho, A.C.D.).

*“... se a doutora me diz que está tudo bem com a minha barriga (gravidez) eu fico mais tranqüila”,* (usuária, 23 anos, gestante).

Ao que parece, procuram os serviços para oficializarem uma condição que para elas, no limite da consciência que têm sobre a sua condição saudável, precisa ser oficializada por quem “oficialmente”- em suas percepções - tem o “poder” e “conhecimento” para tal, os serviços “oficiais” de saúde.

Isso nos remeteria à discussão de outras questões que extrapolariam a amplitude das ações dos serviços de saúde, da forma para a qual estão destinados socialmente.

Ao se submeter aos serviços de saúde em condição saudável ou não, e que para estas condições apresentem explicações ou interpretações diferentes ou diversas das interpretações do discurso médico, este seu saber é completamente negado e subjugado ao plano da ignorância.

Mãe: *“... a minha mãe me disse que o bebê fica com cólica se eu deixar a fralda no sereno”.*

Profissional: *“...isso é bobagem (sorrindo), a sua filha tem cólica por outras coisas, essa aí é crendice; (explica as possíveis causas da cólica da criança).*

A unidade da relação é rompida. Tem-se a impressão que nesse momento ficou estabelecida a condição de conflito de culturas. A mãe muda a fisionomia, evita olhar o rosto do profissional, ouve todas as explicações em silêncio, gesticula a cabeça afirmativamente frente às explicações colocadas em evidência pelo “educador” (profissional), (a auréola mamária plana que dificulta a sucção do leite pela criança e permitindo a deglutição de ar junto com o leite durante a mamada; a mãe não permite uma correta eructação da criança após a mamada, etc., etc.).

Diante de todo esse discurso de rebuscadas palavras, “bem elaborado”, como contrapor-se a ele ?

No entanto, por mais dominador e linear que possa parecer esse discurso ele também é reelaborado e integrado à cultura dos sujeitos à medida em que esse sujeito o admite e o considera, pois a ele retorna.

Um outro fator importante a ser considerado nessa relação, entre o sujeito (usuário) e educador (profissional) frente ao objeto (informações sobre a doença), é que, o sujeito (usuário) credita ao educador (profissional) e seu discurso como legítimo ou benéfico quando o educador se dispõe frente ao sujeito (usuário) numa condição mais solidária, como por exemplo:

*“... ele (médico) explica bem as coisas prá gente, a gente até entende. Ele atende bem as pessoas e se preocupa com a gente, pergunta sempre sobre o meu pai que tratou com ele e gostou muito...”. (usuária, 23 anos, após consulta médica)*

*“quando levo ele (filho) no postinho, eles atendem bem, só umas enfermeiras (auxiliares, atendentes) que nem olham direito prá criança. Pesam ela, vê se tá com febre e escreve no papel e mandam logo a gente embora (triagem). A dona “D” (auxiliar de enfermagem) não, ela pesa, mede e marca no cartãozinho, conversa com a gente de igual prá igual”. (usuária, 21 anos, 2 filhos).*

Notou-se que uma concentração de demanda sobre o turno vespertino que ao ser investigada a causa, foi atribuída a atenção prestada pelos profissionais daquele período.

*“o pessoal da tarde conversa mais com a gente, não são tão mal encaradas igual às moças da manhã” (usuária).*

Sem dúvida, mesmo estabelecendo uma relação mais permissiva no trato com o sujeito (usuário), o educador (profissional) não garante no sujeito (usuário) a fixação do seu conteúdo informado. O sujeito (usuário) resiste. Em sua cultura está associada toda uma história social acumulada que manipula, reelabora, interpreta o conteúdo como uma parte de todas as outras mais arraigadas em suas relações sociais, afetivas e sobrenaturais, mágicas, religiosas, naturais e econômicas<sup>14</sup>.

Contudo esta relação, à nossa percepção, configura-se como uma relação orientada num sentido único e verticalizado. Se o sujeito (usuário) não se apropria do conteúdo explícito do educador, absorve sem dúvida e implicitamente o caráter controlador, sistematizador da ordem, do poder e do saber pois a ele se adequa, se submete, e é confirmado no respaldo e retorno social que o desenvolvimento tecnológico que a ciência médica traz consigo na luta contra a doença.

Entendemos também, esta relação à nível interpessoal, como sendo monologal.

Isto porque esta se manifesta em contraposição ao diálogo. Se à nível das estruturas dos serviços através da sua organização, a divisão do trabalho, os instrumentos técnicos e pedagógicos constituem uma unidade com a finalidade de ação sobre o processo saúde/doença, esta unidade, a nosso ver, se fragmenta na atenção ao sujeito (usuário). Dividindo-se o "saber", divide-se o sujeito (usuário) em toda a sua complexidade. Esta "organização" atinge uma face do sujeito (usuário), a sua face manipulável e observável, seu corpo anatomo-fisiológico, enquanto ação. Assim, por se tratar de um saber de classe social, incorporado de um discurso explicativo unicausal para os fatos, com linguagem simbólica distinta e com origem e fim nele mesmo, traz consigo o princípio de exclusão das possibilidades do sujeito

---

<sup>14</sup> MINAYO, Maria C. de S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia, in: Cadernos de Saúde Pública, RJ, 4(\$); 363-381, out/dez. 1988. A autora afirma qual a noção etiológica do processo saúde-doença. "... ultrapassa o campo estrito da biomedicina no espaço e no tempo e atinge também o universo de considerações antropológicas e metafísicas". NGOKWEY apud MINAYO (ibidem), este processo de causação à percepção da classe trabalhadora "... inclui e integra vários domínios: a) natural; b) psicossocial; c) sócio-econômico; d) sobrenatural. (...) apresentam-se com dimensões distintas, vinculadas, intercambiantes e não contraditórias. Eles se unificam na visão da doença como a ação patogênica de elementos de ruptura das relações do indivíduo com a natureza e com seu grupo social. Se em última instância Deus é considerado por esse grupo quem dirige a vida e é nele que encontram a fonte da harmonia, a existência terrena é o palco da dor e da cura: nesse sentido a doença cumpre um papel questionador, integrador e de reequilíbrio: seu conceito é holístico".

(usuário). Monólogo evidenciado pelo trato à doença que não admite as contradições e o discurso do sujeito (usuário)<sup>15</sup>.

Mesmo nessa condição, essa relação, contudo, evidencia a necessidade em ser superada na medida em que o sujeito (usuário) resiste, contrapõe a esse discurso, outros saberes, os seus saberes, que engloba a totalidade social em sua própria contradição. E exige para essa superação, uma necessidade intrínseca à contradição, a mediação do diálogo.

---

<sup>15</sup> Nas análises de Freire apud Gadotti (1988), as teorias da ação cultural se desenvolvem a partir da “matriz anti dialógica e da matriz dialógica”. Na teoria anti dialógica são destacadas as seguintes características: “a) a necessidade da conquista: traduz-se como ato essencial da teoria anti dialógica. Os conteúdos e métodos da conquista variam historicamente; o que não varia, enquanto houver elite dominadora, é esta ânsia necrófila de oprimir; b) a divisão para a dominação, para manter os homens em estado de imersão na própria realidade e que consiste em “ilhar os oprimidos, criar e aprofundar cisões entre eles, através de uma gama variada de métodos e processos; c) a manipulação, constitui-se em mais um instrumento da conquista: uma necessidade imperiosa das elites dominadoras, com o fim de, através dela, conseguir um tipo inautêntico de organização, com que evite o seu contrário, que é a verdadeira organização das massas populares emersas e emergindo; d) a invasão cultural, que consiste na penetração que fazem os invasores no contexto cultural dos indivíduos, impondo a estes sua visão de mundo, enquanto lhes freiam a criatividade, ao inibirem sua expansão. Na análise da teoria dialógica, destaca as características diametralmente opostas às da teoria anti dialógica: a) a colaboração; b) a união; c) a organização; d) a síntese cultural” (p. 29-30).



## **7. A DIALOGIA DAS AÇÕES EM SAÚDE - “PARA ALÉM DO BORRACHUDO: UMA COISA PUXA A OUTRA”**

**(Moisés)**

Se nos capítulos anteriores me propus a descrever o problema percebido e suas implicações a nível dos serviços de saúde, agora me proponho a descrever como ocorreu a instrumentalização da prática assistencial frente aos pressupostos da pedagogia dialógica de Paulo Freire, como uma alternativa de superação ao dilema da relação entre os sujeitos, objeto e educadores nos serviços de saúde na forma como estes, hoje, se apresentam.

Entretanto, este momento, como em toda a história, é impossível de ser delimitado como um ato que ocorreu dentro de um espaço de tempo sem antes reproduzir seus remanescentes que culminaram para que essa prática assistencial pudesse ser desenvolvida junto ao Centro de Saúde do Saco Grande II.

Para este momento, então, apresentaria o relato da minha experiência vivida junto ao Centro de Saúde, desde a minha inclusão em seus serviços a partir de junho de 1992, quando fui admitido como enfermeiro após concurso público realizado no mesmo ano.

Ressalta-se aqui, que em algum momento o relato pode apresentar-se repetitivo em relação ao conteúdo já apresentado, contudo, manifesto a intencionalidade dessa repetição em virtude da qual, são momentos que reforçam ou dão um novo matiz na elaboração de uma determinada ação e para a qual creio ser imprescindível o relato do ato.

Iniciei minhas atividades junto ao Centro de Saúde do bairro do Saco Grande II no dia 22 de junho de 1992 no turno matutino que se inicia às 7:00 e termina às 13:00 horas. Neste dia obtive as primeiras impressões sobre o meu novo local de trabalho. E como em toda primeira vez, enquanto me dirigia ao Centro de Saúde, um sentimento de insegurança, que se manifesta diante de toda nova situação, pensando na possibilidade da minha não aceitação pessoal pelos futuros colegas e pela comunidade, além do medo do erro.

Ao chegar ao local, um primeiro fato me chamou a atenção; o único muro depredado era o que cercava o Centro de Saúde, o que me provocou uma certa angústia, ao imaginar que a relação da comunidade com aquela unidade poderia não ser uma relação muito boa. As casas situadas à margem da Rodovia Virgílio

Várzea, que cruza o bairro em toda a sua extensão, eram de melhor qualidade, enquanto que as fixadas nas encostas visíveis dos morros pareciam carecer de espaço e conforto. O edifício do Centro de Saúde foi construído abaixo do nível da rua o que levou-me a imaginar a possibilidade de haver problemas com as chuvas e alagamentos na unidade, fato que não se confirmou depois.

Dispondo apenas de uma carta de apresentação, sem saber a quem me dirigir, me apresentei a duas senhoras que estavam assentadas atrás de uma mesa que pela disposição do local, parecia ser a recepção do Centro de Saúde. Disse-lhes que estava ali para preencher a vaga de enfermeiro no turno matutino e pareceu-me que ficaram um pouco surpresas com a situação e após entreolharem-se, afirmaram que desconheciam o fato, mas que estavam felizes por ter a Prefeitura se preocupado em colocar mais um profissional no Centro de Saúde, me deram as boas vindas e expressaram a esperança de que eu fizesse um bom trabalho. Estas palavras me motivaram a perguntar sobre a percepção delas a respeito do que elas achavam que o enfermeiro devia fazer no trabalho. Mas me contive à espera de um outro momento crendo que a pergunta causaria um outra surpresa, além do fato de minha presença ali.

Aguardei que me convidassem a conhecer o Centro de Saúde, mas como parecia que não seria esse o desenrolar dos acontecimentos, perguntei então a (F) se poderia me mostrar as unidades internas do C.S. Afirmou que havia materiais de curativo para serem esterilizados e que naquele momento não poderia, solicitando a (R) para que me acompanhasse e me apresentasse a Dra. (E) que estava atendendo naquele momento.

Um outro fato que me chamou a atenção, quando entrei no C.S. e particularmente em suas salas era que o chão estava maravilhosamente limpo e brilhante. Me pareceu estranho pois eram quase nove horas da manhã e o chão estava limpo. Pensei comigo: “ou o C.S. dispõe de um serviço de limpeza excelente, o que seria raro para um serviço público e principalmente na saúde, ou, naquele dia não havia movimento pela manhã”.

Anexo ao Centro de Saúde, aos fundos, está instalada a sede do Conselho Comunitário do Saco Grande II (COMOSG), que dispõe de uma pequena biblioteca, sala de reuniões, sala para as atividades administrativas, banheiro e uma pequena cozinha. A distância entre os fundos do Centro de Saúde e o Conselho Comunitário é de apenas três metros. Apesar de tal proximidade, tive a impressão

de que os servidores do C.S. tinham pouco ou quase nenhum contato com os do COMOSG. Em certo momento perguntei a (R), que me acompanhava, como funcionava o COMOSG, quem era o presidente, e qual a relação do C.S. com o COMOSG.

*R: "... eles (membros do COMOSG) só sabem vir ao posto para usar o telefone porque a prefeitura autorizou (...), funciona mais à tarde, de manhã só fica a dona da limpeza que às vezes toma um cafezinho com a gente (...) o presidente, só sei o nome e é difícil ver ele aqui, (...) às vezes eles encham o saco dizendo que as pessoas estão reclamando do posto e que os funcionários faltam muito mas é mentira, tem muita intriga dessa comunidade". (servidor)*

Mediante este ocorrido, parecia evidente que aquele era um problema a ser trabalhado no decorrer do tempo: integrar estas duas entidades, o Centro de Saúde e o COMOSG.

A minha experiência anterior junto aos serviços de saúde pública e minha "especialização" em saúde pública já me orientavam para uma outra forma de atuação além da atenção à demanda, que nos primeiros meses procurei me familiarizar dentro das características prestadas pelo Centro de Saúde.

Logo nos primeiros meses já havia começado a contactar com outras instituições e organizações sociais do bairro. A creche Orlandino Cordeiro, a Escola Diomícia Maria da Costa e o Conselho Comunitário do Saco Grande II e outras associações que estão presentes no bairro.

Concomitante às atividades assistenciais procurava conhecer a história da formação do bairro, sua economia, o perfil sócio-econômico e os principais quadros de morbi-mortalidade além dos dados referentes à distribuição demográfica.

Essa postura frente aos colegas de serviço, a princípio não era muito bem compreendida e havia muitas críticas.

Por volta do terceiro mês, comecei a diminuir os dias reservados ao atendimento das atividades programáticas. Três dias da semana me dedicava ao atendimento da demanda do C.S. e nas quintas-feiras atendia na creche Orlandino Cordeiro, conforme havia deliberado com o médico pediatra do C.S. Assim, seriam incluídas em sua agenda nas sextas-feiras somente as crinaças encaminhadas da

creche. Estas crianças eram avaliadas por mim nos dias de atendimento na creche e os casos com déficit pondero-estatural e comprometimento do estado clínico eram agendados para o atendimento médico no dia seguinte. O pediatra aceitou muito bem a proposta, achando inclusive uma medida necessária.

Na creche, a aceitação desse trabalho pela sua diretoria e pelos monitores foi muito boa. A diretora providenciou uma pequena sala com banheiro e através da Secretaria Municipal de Saúde, consegui obter o material necessário para a avaliação das crianças através da consulta de enfermagem.

Num primeiro momento, procurei atender as crianças do berçário que em função da época do ano (final do inverno) apresentavam com frequência problemas do trato respiratório e atendia os casos que aos olhos dos monitores, fossem emergenciais (febres, vômitos, diarreias, escabiose, tosse, etc.).

No berçário da creche, havia dezesseis crianças por turno. Comecei as atividades fazendo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. As crianças eram agendadas anteriormente pelos monitores que solicitam às mães as cadernetas de saúde das crianças agendadas.

Ao final do primeiro mês de atividades na creche, já conhecia todas as crianças do turno matutino. O primeiro fator epidemiológico que me chamava a atenção sobre as crianças atendidas é que, das dezesseis crianças atendidas do berçário, nove delas apresentavam problemas de higiene; perdas pondero-estaturais um pouco mais acentuadas que o restante dos lactentes e tinham em comum a área em que residiam no bairro - o "Morro do Vino".

Solicitei à diretora da creche que convocasse as mães das crianças que deveriam ser acompanhadas mais acentuadamente, além de agendá-las para uma consulta com o pediatra no Centro de Saúde.

No primeiro contato com as mães das crianças que apresentavam déficits no crescimento e desenvolvimento, expliquei o motivo da convocação, após as nossas apresentações. Estavam bastante apreensivas e uma delas me olhava com certa desconfiança. Apresentei a elas as correções que havia feito nas cadernetas de saúde e, devido ao fato destas cadernetas estarem bem conservadas esteticamente, perguntei às mães o que representava aquelas cadernetas para elas. As respostas foram praticamente unânimes em afirmar que aquele documento servia para garantir o acesso dos filhos nos serviços de saúde e era uma das exigências, pela diretoria da creche, para se admitir a matrícula das crianças na creche.

*"... a diretora, quando a gente vem matricular a criança na creche a primeira coisa que ela pede é uma declaração de que a gente tá empregada, o quanto a gente ganha e a caderneta de vacinas das crianças senão a criança não entra na creche"*  
(mãe, doméstica, 23 anos)

*"... se a gente não traz a caderneta, a criança não entra na creche. E aí, como é que a gente vai poder trabalhar? Eu gostaria de ficar com os meus filhos mas a gente tem que trabalhar. Só com o salário do marido não dá nem pro rancho. Eu fico com uma dor no coração o dia inteiro por não estar perto deles. Os outros dois já são maiores, um tem onze anos e a outra tem dez, eles ficam de manhã sozinhos em casa, esquentam o almoço que deixo pronto e a tarde vão para a escola. O pequeno vem prá creche".* (mãe, trabalhadora doméstica, 3 filhos, 28 anos)

Enquanto ouvia aquelas mães, imaginava o lugar em que moravam; o trabalho que tinham; os sentimentos que vivenciavam no enfrentamento de seus dias. Uma sensação de impotência me desafiou frente a todas aquelas verdades as quais e que no trabalho diário do Centro de Saúde a gente não tem o tempo nem interesse em ouvir e que no máximo simplesmente questiona: o que você está sentindo?, ou, o que tem o seu filho?, e que pelas circunstâncias em que se dá esse encontro, dentro de um espaço formal, com perguntas e ações formais "não permite" outra resposta do cliente a não ser as dores ou sofrimentos do corpo enquanto que, as condições do "viver" cotidiano das pessoas, parecem ser problemas que extrapolam as competências dos serviços de saúde. Ali é um espaço destinado apenas ao corpo. Surge o questionamento: o que fazer diante daquelas circunstâncias apresentadas pelas mães?. Imaginei, já que seus filhos estão na creche, uma grande parte do dia, a solução momentânea e mais evidente para o problema das crianças estava ali mesmo na creche.

*... aqui elas tomam banho e as tias dão a mamadeira, trocam as fraldas e as crianças vão dormir. (...) tratam bem as crianças. Só quando ficam doentes, uma gripezinha, pontada, dessarranjo ou piolho é que não podem vir para a creche. Ai, é um Deus nos acuda. A gente tem que se virar; acordar mais cedo, ir ao postinho e tentar uma consulta com a Doutora D. É*

*uma médica muito boa. Se eu chego no posto com criança com febre, mesmo que não tenha mais ficha, ela atende e explica o que a gente tem que fazer e como dar o remédio. Se a criança não pode vir para a creche ela dá um atestado prá levar para a patroa" ( mãe, trabalhadora doméstica, 23 anos, 2 filhos).*

O que parecia evidente seria um trabalho com a creche no sentido de orientar melhor o cuidado com as crianças sob os aspectos da alimentação em crianças com perdas, uma sistematização da vigilância sobre o comportamento do crescimento e desenvolvimento das crianças junto aos profissionais que trabalham na creche além de garantir ou priorizar o acesso dessas crianças no Centro de Saúde. Seria necessário também um trabalho educativo com as mães daquelas crianças após delinear os potenciais e recursos de que elas dispunham para se mobilizarem em torno dos problemas que seus filhos apresentavam na busca de alternativas para solucioná-los.

Na fala anterior e nas justificativas apresentadas ao que parece, as mães mesmo dispondo de tempo, devido aos atestados médicos recebidos para acompanhar os filhos em casa durante a doença, ainda assim a situação em relação à doença do filho, gera um desconforto para elas pelo fato de terem de se ausentar dos seus serviços o que contribui para o desconto salarial e o fato de terem que dispor da alimentação que às vezes não dispõe em casa.

O fato das crianças na creche, receberem a alimentação e liberarem as mães para o trabalho durante um período do dia é fator preponderante na manutenção das crianças na creche. Significa economia no contexto geral da organização do cotidiano familiar.

Ao buscarem o centro de saúde nas situações emergenciais, como a febre, a diarreia, além de representarem um comprometimento do estado de saúde de seus filhos representa também uma medida que visa manter um equilíbrio na organização doméstica. Está também relacionada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, principalmente médicos, que não estão disponíveis durante a maior parte do dia. A certeza de serem atendidas em situações emergenciais é praticamente unânime. Quando não dispõe daquele atendimento, mesmo que de caráter emergencial no Centro de Saúde, procuram as emergências da rede hospitalar principalmente do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Há ainda alguns outros pontos a destacar, em relação a esta aproximação com a comunidade do bairro e principalmente a do "Morro do Vино".

Através destas mães, as crianças da creche, após solicitar a uma delas licença para visitá-la em sua casa com a intenção de ajudá-la no tratamento do piolho e da escabiose que duas das crianças apresentavam, juntamente com os outros filhos mais velhos, comecei a me introduzir na comunidade daquela localidade.

Assim, começaram as visitas ao "Morro do Vино".

No início, atravessando pelas ruas tortuosas e acidentadas daquela comunidade, sentia os olhares das pessoas procurando entender quem era aquela pessoa ali, naquele lugar. Ao cruzar com algumas pessoas cuja fisionomia me parecia mais familiar, talvez por havê-las encontrado no posto de saúde ou nas imediações do bairro, dirigia-lhes um cumprimento, como um bom dia, ou se estava distante, um aceno.

Neste aspecto, as pessoas são bastante cordiais. A receptividade das pessoas em relação as minhas visitas em sua maioria, era por mim entendida como uma relação calorosa e bastante amistosa. Logo no início destas visitas, ouvia comentários de alguns moradores junto aos colegas do Centro de Saúde, questionando a estes se eu seria algum candidato político, que na minha avaliação, estes têm uma grande resistência junto à comunidade, pelo fato de só irem até lá para solicitar apoio durante as eleições. Com o passar do tempo, em meio a várias visitas realizadas, sentia que o trabalho que realizava através das visitas domiciliares, estava sendo bem recebido pelas pessoas.

Várias vezes, enquanto cumpria minhas atividades no Centro de Saúde, ouvia o questionamento e convites de alguns novos amigos que lá estavam sendo atendidos:"

*"... Quando o Senhor vai subir de novo lá no morro ? (...) vá nos fazer uma visita! Vai tomar um chimarrão com a gente! (morador,usuário da UBS).*

Numa avaliação não muito rigorosa sobre estas atividades, muito mais em função de que a demanda sobre a minha agenda no Centro de Saúde havia aumentado significativamente e começou a faltar tempo para as visitas domiciliares, pude concluir que além da aceitação do meu atendimento, um outro fator me

pareceu importante; é que num determinado momento passei a perceber que as pessoas estavam me utilizando como facilitador ao acesso as demais atividades prestadas no Centro de Saúde. Quando não dispunha de meios para resolver o problema imediato apresentado pelas pessoas da demanda, procurava garantir de alguma forma seu acesso aos outros serviços (médico, odontológico, laboratórios, central de marcação de consultas para atendimento especializado, etc.). Essa postura passou a ser, num determinado momento, uma condição insuportável, chegando a haver críticas dos demais colegas do Centro de Saúde em relação a essa minha postura.

*(R) "... as pessoas quando vêm no posto só procuram pelo Amaury" (servidor).*

*- "... você também (se referindo à minha pessoa) está paparicando demais os "pacientes", tem que deixar elas se virarem um pouco" (servidor).*

*- "... eles ficam achando que a gente tem que atender do mesmo jeito, e daí a gente tem que explicar que não sou enfermeira, porque elas sempre acham que a gente é enfermeira e tem que fazer a mesma coisa que você faz". (servidor)*

Frente a estes fatos e às críticas dos colegas, que confesso, não haver entendido muito bem a sua origem, comecei a observar mais acentuadamente aquela situação exposta pelos colegas na perspectiva de tentar solucioná-la. Um fato verificado foi que, a mudança da rotina em função crescente da demanda, exigia destes profissionais mais uma sobrecarga ao tipo de trabalho que estavam realizando. Procurei me envolver com o trabalho que estavam realizando frente à demanda, atendia na recepção dos clientes; fazia a "triagem", curativos, vacinas, preparava o material para esterilização, nebulização, etc.

O que pude perceber foi que as horas de maior volume de serviços naquele turno, ocorriam das sete às dez horas da manhã, quando havia o maior fluxo de clientes, a partir daí o volume de serviços cai acentuadamente chegando a ser quase nulo para o atendimento, a não ser um ou outro caso para as atividades básicas. O interessante é que esse horário de concentração da demanda corresponde justamente ao horário em que os médicos estão atendendo no Centro de Saúde. Os servidores após as dez horas da manhã tornam-se bastante ociosos,



e fora o atendimento nos casos esporádicos que chegam ao C.S., têm tempo para uma pausa prolongada para o cafezinho que, da forma como é praticada, é um verdadeiro ritual que envolve todos os servidores da unidade e que parece ser um momento imprescindível à rotina do Centro de Saúde.

Às vezes nota-se que chegam pessoas para serem atendidas e ficam aguardando insatisfeitas, pois todos estão cumprindo o ritual do cafezinho e não atendem neste momento e geralmente solicitam às pessoas para aguardarem até que termine o horário do café por volta das onze horas. Observando essa característica da rotina comecei a entender as críticas feitas à minha postura. À medida em que assumia o atendimento à demanda em todo o meu horário de trabalho e que esta postura gerava uma necessidade na mobilização dos demais colegas, em minha avaliação, rompeu-se com a rotina que até então os servidores vinham mantendo, e o fato era entendido como sobrecarga no trabalho e que os momentos de descontração do pessoal às vezes, era necessário ser sacrificado pois, tornou-se necessário elaborar uma escala para o "cafézinho" e isso comprometia os momentos de "confraternização" diária que havia se instituído ao longo dos anos. Sem dúvidas, foram momentos de tensão e resistência no grupo frente às novas necessidades dos serviços. Busquei em princípio ajudar nas atividades técnicas básicas de enfermagem para diminuir a tensão frente a suposta sobrecarga no trabalho. Aproveitava estes momentos para atualização de técnicos em vacinação, curativos, esterilização e triagem, etc.; junto aos colegas da enfermagem. Esta atitude ajuda bastante na articulação da equipe e passou a haver uma maior aceitação das minhas atividades "fora" do C.S. na medida em que os contatos com as técnicas dos serviços junto aos colegas permitiam inclusive um diálogo sobre o porque desse meu trabalho. Contudo, essa maior aceitação não significou uma adesão ao trabalho que vinha fazendo e sim, na minha percepção; uma acomodação da equipe frente à "nova" demanda de serviços. Que impunha a necessidade em se fazer uma crítica a postura ao todo da equipe de profissionais. O que era evidente e precisava ser criticado, em minha visão, era que todo aquele volume de serviços concentrados durante o período em que os médicos estavam atendendo; com a mobilização de praticamente todo o pessoal de nível médio e elementar; consistia em garantir uma redução no tempo da consulta médica, pois, a rotina da "triagem", exemplificando, consiste em realizar atividades que deveriam estar sendo realizados durante a consulta médica (medidas da pressão arterial,

freqüência cardíaca, temperatura, peso e estatura). O que se observou é que esta atividade, da forma como está sendo realizada, não objetiva a redução do tempo da consulta, pois não implica na redução desse tempo - em um aumento da oferta no número de consultas e sim favorece a redução da permanência do médico no Centro de Saúde. Entretanto, para superação deste problema, implicaria em primeiro lugar, constituir uma proposta alternativa na mudança da rotina do trabalho que em primeiro lugar, considerasse uma substituição gradativa das atividades por uma outra que gerasse um impacto mais acentuado sobre a demanda e que começasse a mudar as características dessa própria demanda mediante atividades coletivas como atendimento aos escolares, creches, ou mesmo sobre os grupos programáticos (gestantes, idosos, etc.); em segundo, que minimizasse o possível conflito que seria gerado entre a equipe de enfermagem e os médicos do Centro de Saúde.

Se de um lado enfrentava uma certa resistência dentro dos serviços, as atividades junto à comunidade tornavam-se cada vez mais estimulantes. Cada visita ao "morro do Vino" revelava-se com novas "cores". Atendia algumas pessoas em casa e novos elementos entravam na minha vida a respeito da dinâmica própria daquela comunidade. A questão do saneamento básico, com o tempo, se evidenciava como um grande problema sobre a saúde daquela comunidade. Cheguei a fazer coletas da água das cachoeiras, que eram utilizadas para o consumo, para análise devido à grande incidência de parasitoses nas crianças da comunidade. O resultado foi assustador. A água que era consumida, obtida através de mangueiras conectadas ao leito da cachoeira, apresentavam um índice de 2.400 coliformes totais e fecais em grande parte das caixas d'água analisadas.

Frente a essa situação, nas visitas que fazia à comunidade e atendendo individualmente os clientes no Centro de Saúde, procurava sempre enfocar junto a eles a necessidade do tratamento da água para o consumo, como por exemplo, utilizar filtros, a fervura da água, a utilização do hipoclorito de sódio, etc. Mas sentia que, embora fosse bastante frisada a importância dessas medidas, notava, em visitas subseqüentes, que poucos adotavam as orientações por mim apresentadas. Me sentia frustrado em não conseguir reverter aquele quadro. No questionamento sobre o porque daquelas medidas não eram adotadas, as principais justificativas eram de que algumas destas geravam uma despesa financeira adicional, como por exemplo, a compra do filtro ou a fervura da água; e justificativas de ordem cultural,

como em não utilizar a adição de hipoclorito de sódio na água obtida da cachoeira que se apresenta esteticamente bastante límpida e saudável na percepção dos consumidores. Entretanto, o que se podia notar, era que no âmago da questão, as pessoas não estavam preocupadas com as condições de saneamento da água. Esse fator não era uma necessidade manifesta pelo conjunto das pessoas da comunidade e sim, para o olhar técnico sobre o risco epidemiológico a que estavam expostos, o que podia ser observado pela incidência de doenças relacionadas ao saneamento junto ao Centro de Saúde. As verminoses ocupavam o índice de 12% em média das consultas realizadas em relação às outras doenças. O índice de reincidência de verminoses nas crianças também apresentava-se alto, com uma média em torno de 2,5 a 3,0 parasitoses por criança atendida e projetadas para o ano, segundo o levantamento observado nos prontuários. Embora não tenham sido analisados outros fatores que interfiram neste perfil mórbido, como a eficácia do tratamento, índice de abandono e negatividade após a terapêutica prescrita nos prontuários, acredita-se que este índice não se desvie muito do real, visto que as condições de exposição ao risco da doença mantiveram-se altas.

No final do ano de 1992, teve início o estágio dos alunos da quarta fase do Curso de graduação em Enfermagem. Estes, alunos além das atividades de assimilação das ações do Centro de Saúde, fizeram um levantamento mediante recenseamentos domiciliares, bem como um estudo do perfil sócio-econômico e demográfico principalmente da localidade do "Morro do Vito" e das servidões que dão acesso a referida comunidade. Esse estágio, que teve a duração de um mês aproximadamente (de 05/11 a 11/12 de 1992), apresentou-se como um grande fator na contribuição das atividades assistenciais do Centro de Saúde, não só pelo aumento na cobertura da assistência à demanda mas, e principalmente, por seu caráter questionador das condições dos serviços prestados no Centro de Saúde; a sua preocupação em atuar sobre as questões sócio-econômicas como determinantes do processo saúde/doença, além de estimular os alunos para uma formação acadêmica que não implique em seus aspectos apenas de aprendizado técnico mas, que envolva o aluno no contexto real do problema do setor saúde.

Com a chegada da temporada de verão caracterizada pelo grande afluxo de turistas na Ilha de Santa Catarina, a partir da última quinzena de dezembro, foi possível observar uma significativa queda na demanda do Centro de Saúde. Grande parte dos residentes do bairro passam a praticar outras atividades no trabalho

principalmente nas zonas balneárias da Ilha. Estas atividades variam desde a venda de pequenos utensílios de praia até as atividades na construção civil que em função da temporada de verão, requer um aumento no contingente de mão-de-obra nos acabamentos dos imóveis destinados à locação ou mesmo pequenas reformas. É o período do ano em que a comunidade parece apresentar-se mais alegre e radiante não só pelo fato de ser verão mas é porque, implica também em melhorias na renda familiar, o que parece não ser notado nos outros períodos do ano.

*"... agora fica bom né, a gente pode pescar um peixinho e vender ou então fazer um biscatezinho aqui e ali e vai se levando," (usuário, 36 anos, vigia noturno).*

*"... olha, no verão eu vendo de tudo, picolé, refrigerante e cerveja na praia e dá prá tirar uns troquinho", (usuário, 27 anos, operários da construção civil).*

*"... eu arrumo emprego de lavar e passar roupa e fazer faxina na casa dos turista, às vezes faço uns docinhos prá crianças sair vendendo na praia quando estão de férias", (usuários, 25 anos, do lar).*

*"... aqui no verão quase não tem doença, só às vezes um ou outro fica doente mesmo, o resto é só uma febrezinha mas acho que o sol seca tudo. O que mais pega mesmo é o danado do borrachudo que nessa época a gente tem que andar de camisa de manga e calça comprida e às vezes até meia, senão eles te comem vivo", (usuário, 53 anos, comerciante do Morro do Vino).*

Esse estado de "bem estar coletivo" em comparação aos outros períodos do ano parece ser bastante evidente. A nível do Centro de Saúde percebe-se a redução de aproximadamente 30% da demanda em relação aos meses anteriores. E a frequência das doenças que ocorrem na unidade, fora às atividades de rotina, estão relacionadas com as viroses agudas e pequenos acidentes com as crianças, principalmente. É de se ressaltar que o acometimento do "borrachudo" na comunidade é bastante intenso e que houve um aumento significativo das dermatites de origem secundária às picadas desse inseto. Devido ao intenso prurido causado por sua picada e as condições de higiene, algumas vezes precárias das

crianças, principalmente nesta época do ano, favorece a instalação de infecções secundárias à picada. Foram atendidos casos inclusive com vasculites periféricas, com necessidade de terapêutica medicamentosa sistêmica.

Finda a temporada de verão, em meados de março de 1993, tem início as atividades das escolas, creches, etc., começa-se a observar o incremento à demanda, no Centro de Saúde.

Os profissionais do Centro de Saúde retornam de suas férias, tendo observadas suas escalas de férias sem prejuízos para o atendimento. Aparentam estar motivados para o trabalho, respeitam mais o horário para abrir e fechar o Centro de Saúde, tem-se a impressão de que se relacionam melhor com as pessoas, atendem mais atenciosamente a todos.

Nesse período, com dois outros colegas do Curso de Mestrado da UFSC, já citados anteriormente, havíamos programado em dar início às atividades de prática assistencial requeridas pelo Curso. Nos propusemos a, mediante uma metodologia pedagógica, trabalharmos com os aspectos da organização e a participação popular frente às questões relacionadas ao processo saúde/doença. Pelo fato de já estar trabalhando no Centro de Saúde do Saco Grande II e nossos projetos de prática assistencial apresentarem congruência nos objetivos, nos propomos a desenvolvê-lo junto ao Centro de Saúde do Saco Grande II.

As nossas atividades em conjunto tiveram início no dia 17 de março de 1993, com uma reunião entre os membros do Conselho Comunitário do Saco Grande II e com alunos da quarta fase do Curso de Graduação em Enfermagem. Essa primeira reunião tinha o objetivo de uma aproximação formal dos mestrandos junto ao Conselho Comunitário, entendendo que este seria o representante da coletividade.

Na reunião foram apresentadas as nossas propostas de trabalho justificando o nosso interesse em que considerávamos que, em função do tempo disponível para prática e a necessidade em delimitá-la sobre um espaço limitado, tínhamos elegido a comunidade do "Morro do Vино" como área prioritária, em razão dos problemas de saúde detectados junto ao Centro de Saúde. Após a nossa apresentação, o Sr. Otacílio Paulo da Costa, representante da diretoria do COMOSG, considerou importante a nossa iniciativa e que essa seria de grande benefício para aquela comunidade. Manifestou-se também sobre a grande "ajuda" que eu já vinha prestando não só àquela comunidade, mas no bairro como um todo.

Apresentou as dificuldades que tem encontrado com a participação das pessoas nas reuniões do COMOSG, que se encontra "desorganizado", pois a diretoria "é muito desarticulada" e não consegue trabalhar com as outras asociações presentes no bairro. Achou-se interessante agendarmos uma próxima reunião com os demais membros do conselho; a comunidade do "Morro do Vино" e técnicos da Empresa Estadual para o Desenvolvimento da Agricultura (EPAGRI), para os quais seria divulgada nossa proposta de trabalho e começarmos a discutir as possibilidades em resolver o problema com o "borrachudo" no "Morro do Vино".

Ao final da primeira reunião, havíamos concluído que as nossas propostas de trabalho tiveram uma boa aceitação pelo Conselho Comunitário, que manifestou inclusive como sendo estas, uma forma em se conseguir organizar o próprio Conselho Comunitário, o que seria de grande interesse ao próprio Conselho.

No dia 24 de março, tivemos a oportunidade em participar da reunião ordinária do COMOSG, como havia sido previsto na reunião anterior. Estiveram presentes quatro membros da diretoria do Conselho, dois técnicos da EPAGRI e trinta moradores do Morro do Vино. Os assuntos foram apresentados como previsto na última reunião e as discussões centraram-se sobre os problemas relacionados ao saneamento básico, com a manifestação do presidente do COMOSG afirmando que:

*"A comunidade está desmobilizada e esse problema do lixo e do esgoto é também a falta de educação das pessoas. É preciso que as pessoas se unam para tentar resolver. Eu já mandei o abaixo-assinado para a Prefeitura reivindicando a instalação de fossas comunitárias no morro. De qualquer forma se a comunidade não se unir, não vai conseguir quase nada, o COMOSG sozinho não dá conta", (membro do Comosg).*

Neste aspecto, a fala do líder comunitário, apresenta a questão básica entendida como problema pelo COMOSG: a não concretização das reivindicações comunitárias estava manifesta na desunião das pessoas em torno do problema e que seria necessário as pessoas se unirem para resolver "o seu problema".

Após a apresentação dos técnicos da EPAGRI relatando suas experiências com os borrachudos em outro município do Estado, e reafirmando que para a solução do problema seria necessário uma grande adesão das pessoas para

resolvê-lo e que estavam ali dispostos a colaborar tecnicamente para "acabar" com os borrachudos, iniciamos as discussões com os demais participantes. Ocorreram várias manifestações dos presentes apoiando aquelas propostas afirmando que estavam "animados" em trabalhar na viabilização, principalmente dos problemas com o "borrachudo".

*"... quanto mais pessoas se interessar pelo bairro, dá mais vontade em participar dessas coisas", (morador do Morro do Vino).*

De um modo geral, as conclusões obtidas desse segundo encontro com a comunidade através do Conselho Comunitário, tornava-se evidente a necessidade de orientarmos as nossas atividades em direção ao trabalho de organização da comunidade, embora não se tenha claramente configurado pelos participantes quais os objetivos ou metas a serem atingidos pela organização da mesma. As manifestações no grupo ali reunido orientavam para a necessidade de se organizarem para resolver os problemas emergenciais relacionados ao saneamento básico e principalmente no combate ao "borrachudo", que após a apresentação pelos técnicos da EPAGRI, caracterizou-se junto ao grupo dos mestrandos como uma alternativa em dar início ao enfrentamento das questões mais abrangentes relacionadas ao saneamento básico, já que este se configura como elemento importante na construção dos "temas geradores" de nossa proposta de educação popular em saúde.

Entretanto sugerimos uma próxima reunião, desta vez na localidade do Morro do Vino, entendendo que um maior número de participantes do local possibilitaria aos mestrandos junto à comunidade, delinear de forma mais objetiva o tema gerador construído.

Em nossas visitas à comunidade, anteriormente às reuniões previstas, já havíamos entrado em contato com os líderes ali existentes. A Associação de Moradores daquela comunidade estava completamente desestruturada. Procuramos por líderes que exerciam influência no local para iniciarmos o processo de organização da associação dos moradores da localidade, já que esta era uma reivindicação que se expressava no discurso das pessoas que eu atendia, tanto no Centro de Saúde quanto nas visitas que fazia ao morro. Uma dessas pessoas, que não era da Associação de Moradores, mas que tinha uma postura ativa e

preocupações com os problemas enfrentados pela comunidade era o Sr. Moisés de Souza Lisboa, que sempre em minhas visitas ao morro, solicitava a minha opinião sobre alguns problemas da comunidade ou reclamações em relação ao Centro de Saúde que precisavam ser resolvidas.

Durante o processo de reestruturação da Associação de Moradores do Morro do Vito, que propunha inclusive a mudança do nome da localidade, de Morro do Vito para Morro do Sol Nascente, foram providenciadas toda a documentação necessária para o registro da nova Associação, bem como as providências necessárias à convocação de uma assembléia de moradores para que o grupo de mestrandos apresentasse as propostas de trabalho.

Nesse ínterim, a Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social propôs, como medida estratégica rumo ao processo de descentralização, a implantação das coordenadorias das unidades básicas de saúde.

Essa medida era entendida como uma das etapas necessárias em direção ao controle do planejamento e gestão descentralizados, onde o coordenador do Centro de Saúde assumiria, num primeiro momento, as atividades relacionadas aos processos administrativos da unidade e após, mediante treinamento sobre instrumentos de gerência e planejamento de unidades de saúde, o "controle" da organização da programação das atividades assistenciais.

Os coordenadores dos Centro de Saúde foram eleitos mediante o voto secreto pelos profissionais da sua equipe. No Centro de Saúde do Saco Grande II candidataram-se quatro profissionais: um médico, dois enfermeiros e um atendente de enfermagem. Tendo sido um dos candidatos à eleição e obtido a maioria dos votos, assumi a Coordenadoria do Centro de Saúde a partir do dia 10 de abril de 1993. Para essa atividade, era prevista a redução de metade de minha carga horária semanal, ou seja, dispunha de vinte horas semanais para o cargo.

Esse resultado foi de grande repercussão frente às lideranças do bairro das quais recebi congratulações e manifestações de apoio, inclusive de outras entidades (creche, escola) e principalmente da comunidade do Sol Nascente. De imediato, já como Coordenador do Centro de Saúde, convoquei uma primeira reunião com os servidores da unidade e com a participação do presidente do Conselho Comunitário para que começássemos a estabelecer uma relação mais estreita entre a equipe de saúde e a comunidade. Objetivando a discussão sobre os problemas em relação ao atendimento prestado pelo Centro de Saúde, como estes



eram percebidos pela comunidade em geral e pelos profissionais da unidade e que medidas seriam necessárias à superação dos problemas. Contudo essa reunião não obteve o êxito esperado. O que pôde ser observado foi que a relação existente entre o Centro de Saúde e a comunidade evidenciava-se como uma relação de intenso conflito de interesses. De um lado, os servidores, em sua maioria, afirmavam que os problemas existentes no Centro de Saúde deveriam ser discutidos e resolvidos dentro do próprio Centro de Saúde e que não precisava a presença do Conselho Comunitário para dizer quais eram os problemas. Por outro lado, o representante da comunidade manifestava o interesse em afirmar que os problemas que ocorrem no Centro de Saúde estão interferindo em sua comunidade e que ele se sentia no direito em fazer as cobranças necessárias às melhorias do atendimento à comunidade pelos profissionais ali presentes.

A minha conclusão sobre essa reunião foi que a mesma deveria ter sido melhor instrumentalizada com uma discussão sobre a definição dos papéis que cada uma das partes tem no contexto das relações de saúde. Entendi, que simplesmente colocar frente a frente, sem antes objetivar um problema de base concreta que seja percebido por ambas as partes, cuja relação é de natureza conflituosa e interesses diversos, há uma tendência em se reforçar o conflito entre as partes envolvidas, por melhor que sejam as intenções.

De frente a esse problema, comecei a pensar que ele deveria ser conduzido com maior cautela para que não se inviabilizasse futuramente qualquer proposta no sentido da qual essas partes envolvidas estivessem se relacionando numa base comum, ou seja; frente a um problema coletivo em saúde, pudessem estar juntas na tentativa de superá-lo. Nas discussões com o grupo de mestrandos ali atuantes, pudemos concluirmos que:

- aquela relação não seria possível sem que antes, ambas as partes, tenham entendido que aquela é uma situação possível e necessária à superação dos problemas;

- estávamos de frente com uma outra face do problema, em como viabilizar a construção de uma consciência junto aos profissionais do Centro de Saúde e a comunidade, na perspectiva de tornar aquela relação uma relação possível;

- as resistências maiores àquela relação estavam presentes justamente a nível do Centro de Saúde, onde o problema percebido pelos profissionais, para

justificar a deficiência na qualidade dos serviços, era de ordem carencial quantitativa de recursos (humanos, medicamentos e material de consumo) e que a solução seria a viabilização desses recursos;

- a comunidade por sua vez, manifesta que, além das carências quantitativas os aspectos qualitativos da assistência também precisam ser solucionados, mas apresentam uma disponibilidade e adesão às propostas de mudanças maiores que nos serviços do Centro de Saúde;

- para a nossa prática assistencial, enquanto mestrandos, seria necessário que cada integrante do projeto, realizasse uma reflexão sobre que nível de complexidade atingiríamos as metas anteriormente propostas, em função das novas dimensões que o problema a ser solucionado tomava e também em relação ao tempo que dispúnhamos para a elaboração do estudo que, necessitaria também ser redimensionado o que parecia pouco viável, já que estávamos comprometidos com o calendário acadêmico.

Optamos, em relação a todos esses fatores, por centralizar nossos esforços sobre as questões da organização popular como prioridade, entendendo que esta traria reflexos inclusive a nível dos serviços, na medida em que o processo organizativo estaria vinculado, tendo por base, as dimensões sobre o processo saúde que conseqüentemente deveria apresentar repercussões na organização dos serviços prestados pelo Centro de Saúde; além do mais, contribuiria para uma instrumentalização de conteúdos a serem abordados juntos aos profissionais dos serviços.

Em relação a meu estudo particularmente, me sentia às vezes "deslocado" frente a toda aquela situação. Além de enfermeiro e coordenador do Centro de Saúde, para as quais tinha atividades técnicas e administrativas configuradas e que se fazia necessário dar respostas em função das demandas inerentes a estes cargos; configurava-se mais nitidamente o meu papel de articulador, facilitador, intermediador necessário àquela relação existente entre o serviço de saúde local e a comunidade.

De qualquer forma, conforme optado junto ao grupo de mestrandos, trabalharíamos em direção à organização popular junto a comunidade do Sol Nascente e as análises do estudo estariam em considerar as conseqüências do instrumental pedagógico adotado em relação à organização popular, sua

participação no processo e as consequências advindas no contexto geral e sobre os serviços de saúde.

No dia 24 de abril foi realizada a primeira assembléia convocada pela Associação dos Moradores do Sol Nascente (AMSOL), e tinha como pauta a constituição da nova diretoria, a apresentação formal dos mestrados e as propostas de trabalho a serem desenvolvidos na comunidade.

A assembléia foi realizada no salão destinado aos cultos da Igreja Pentecostal, localizado na comunidade e contou com a participação de cinquenta e oito pessoas da comunidade. Como foi previsto na pauta da reunião, a presidente anterior da Associação, manifestou que não poderia mais continuar na diretoria e estava ali para colocar à disposição da comunidade a função que lhe foi confiada.

O Sr. Moisés Lisboa assumiu, interinamente, a presidência da Associação com a aprovação unânime da comunidade e manifestou que havia muito trabalho a ser feito, que só seria possível com o apoio participativo da comunidade. O primeiro objetivo seria "acabar" com os "borrachudos" e assim estaríamos trabalhando também com o problema do saneamento básico e aí "uma coisa puxa a outra".

Os mestrados ali presentes apresentaram os seus projetos de trabalho com o apoio unânime da comunidade. Foi feito também um convite à comunidade para participar de um grupo que começara a ser constituído junto ao Conselho Comunitário pelas senhoras que participam do "grupo de mulheres"<sup>16</sup> e que estava se formando um "grupo de ervas" e estava aberta a participação da comunidade.

Durante a reunião, foi apresentado por mim a situação em que se encontrava o Centro de Saúde e os dados que havíamos obtido sobre a distribuição das doenças nas pessoas daquela comunidade; quais as prováveis causas e os possíveis meios de combatê-las e que qualquer que fosse o encaminhamento para combater qualquer doença teria que ser através da participação das pessoas. Isto

---

<sup>16</sup> O grupo de mulheres reunia-se semanalmente na sede do COMOSG e era um grupo de confraternização de várias senhoras do bairro que se dispunham a fazer "prendas"(bonecas "sachet", costura e crochet). Foi um dos primeiros grupos com o qual os mestrados tiveram contato e que ao se discutir sobre a história do bairro, revelou-se um grupo ou "círculo de cultura" que se propunha a resgatar a cultura popular do bairro. Um dos subtemas gerados nas discussões com o grupo foi sobre as terapias alternativas, com ênfase sobre a fitoterapia e que mobilizou um grande número de senhoras principalmente para o estudo de plantas medicinais e posteriormente contou com a participação das enfermeiras da Pastoral da Saúde da Arquidiocese de Florianópolis na estruturação de um curso de fitoterapia. Constitui-se de um grupo bastante coeso e participativo e já se projetava inclusive para a preparação de medicamentosos para serem utilizados pelo Centro de Saúde do bairro.

porque grande parte das doenças no bairro estavam relacionadas com o saneamento básico e que este só se constrói com uma grande e efetiva participação da comunidade, pois em função do custo, envolve decisões políticas que, se não houver uma organização com uma boa participação comunitária, dificilmente se consegue êxito. Algumas coisas poderiam ser feitas, em relação à água e o lixo principalmente, a questão do esgoto seria mais complicada. E que se começassemos pelo combate ao "borrachudo" já seria um grande começo. Utilizei-me das palavras do Sr. Moisés, de que "uma coisa puxa a outra".

Nas manifestações da comunidade, reunida em assembléia, tornou-se evidente que a questão da organização popular havia se manifestado como um "tema gerador" a ser trabalhado e que uma das formas de se iniciar o processo seria através do envolvimento da comunidade para solucionar os problemas do cotidiano imediato, tais como o "borrachudo", e o saneamento básico. No discurso do presidente da AMSOL, o Sr. Moisés, tornava-se evidente essa confirmação do tema, ao dizer "uma coisa puxa a outra", manifestava que à medida em que se conseguisse identificar e superar coletivamente um determinado problema, os benefícios e aprendizados advindos dessa conquista, funcionariam como fator de coesão do grupo e que superado um problema, outro de maior complexidade se manifestaria como uma necessidade também coletiva que precisava ser superada.

No grupo de mestrandos havíamos interpretado que, nessas palavras estaria empregnada a base da teoria dialética - tese, antítese, síntese - e que passou a ser o título da nossa prática assistencial: "Para além do borrachudo: uma coisa puxa a outra".

A condução do processo de organização comunitária em torno da questão epidemiológica relacionada ao "borrachudo" (Simulidae catarinensis), se configurava como uma situação extremamente rica em relação a diversidade das variáveis que se somavam ao processo.

Se num determinado momento ele, o "borrachudo", detinha a "atenção" de toda a comunidade, pois representava dor, doenças e um impedimento na vida diária das pessoas; em outro, as pessoas da comunidade, na medida em que se incorporavam coletivamente no processo da "organização", a comunidade se identifica ela própria como objeto de atenção.

O "borrachudo" deixava de ser um agente "externo", que porventura ou "capricho da natureza" havia se instalado na comunidade, e em determinado

momento do processo passava a ser encarado como uma condição da própria forma de subsistência das pessoas.

A condição de vida nos morros, a situação do saneamento básico, as interferências sobre o ambiente ecológico, começavam a fomentar críticas sobre a própria condição de vida das pessoas. E posteriormente, após críticas às condições de subsistência, eram levantadas as críticas em relação ao papel do Estado.

Nas observações do grupo de mestrandos, aquele vetor (o borrachudo) representava uma situação de analogia ao processo saúde/doença sobre o enfoque epidemiológico. Se a maioria das doenças por mais graves que sejam são freqüentemente percebidas epidemiologicamente a nível do saber técnico-científico, aquela "doença" (o borrachudo) era percebida "epidemiologicamente" também, e principalmente, pelo coletivo social, inclusive apresentava uma multicausalidade em sua explicação que variavam do vetor "em si" até às condições de subsistência. Em nossa percepção, o aspecto epidemiológico, constituía um dos principais instrumentos de abordagem pedagógica sobre todo o processo saúde/doença em toda a sua complexidade, sendo que as ações necessárias a sua superação constituiriam a "memória" coletiva e metodológica para a abordagem dos outros problemas a serem enfrentados, isto é, não só as ações de cunho eminentemente técnico, mas as ações coletivas enquanto um instrumento de superação dos problemas também coletivos ou de classe social.

Nas próximas reuniões que se sucederam na comunidade e tendo ocorridas as substituições na diretoria da Associação de Moradores, agora presidida pelo Sr. Ambrosino Silveira de Ávila, foi possível constatar uma adesão crescente das pessoas da comunidade ao processo de combate ao borrachudo. Esse processo consistia em etapas de intervenção sobre o meio ambiente e atingiam sobremaneira a questão do saneamento básico. Iniciou-se com a identificação dos focos das formas larvárias no trajeto das cachoeiras e também as medidas de volume de vazão de água nas áreas focais identificadas.

Todo o processo foi orientado pelos técnicos da EPAGRI e sempre acompanhados por membros da comunidade. Iniciou-se o processo de combate ao "borrachudo", mobilizando-se a comunidade para questões preliminares de fundamental importância para a eficácia do "combate. Após a mobilização, através das reuniões realizadas, foram constituídos grupos de moradores para realizarem as tarefas de estudo do volume hídrico de vazão das cachoeiras, identificação dos

focos larvários, proteção das nascentes e limpeza com a retirada dos resíduos presentes nos leitos das cachoeiras. Após identificar um morador que conhecesse a região para percorrer-mos todo o trajeto das cachoeiras, começamos a nossa investida para o interior desse pequeno resíduo da Mata Atlântica que ali se faz presente. Chegando à bela nascente ali encontrada, no meio da mata, iniciou-se o processo de limpeza da nascente com a retirada dos pequenos troncos que haviam caído sobre a água. Foi frizado, pelo técnico da EPAGRI, a importância da manutenção da limpeza do local bem como a necessidade em não se permitir que a mata daquela região fosse debastada sob o risco de comprometer, o abastecimento de água para a comunidade e a própria fauna local. Durante a volta, de nossa “aventura”, foi-se identificando o volume hídrico de vazão da cachoeira nos pontos de maior incidência de formas larvárias do “borrachudo”, que consistia em identificar a forma larvária em folhas imersas no leito e, ali, proceder a medida da vazão. Durante a grande caminhada, aproveitava-mos para reconhecer e discutir com os presentes algumas plantas de valor terapêutico. Foi uma experiência de extrema beleza e aprendizado para todos. Todo o processo foi acompanhado de experiências práticas realizadas pelos membros da comunidade sob a orientação dos técnicos da EPAGRI. À medida em que se identificava os focos larvários, estes eram plotados num mapa juntamente com o volume hídrico de vazão correspondente. Assim, ao término do reconhecimento da cachoeira, estavam identificados os locais onde deveria ser aplicada a solução contendo o *Bacillus thurigiensis*.

Em seguida, foi necessário um mutirão para limpeza da cachoeira que consistia em retirar do seu leito os substratos onde se aderiam as formas larvárias do inseto, ou seja, todo o material inorgânico e orgânico não natural daquele habitat. Posteriormente, iniciou-se a aplicação da solução contendo o *Bacillus thurigiensis* (BTI), que é o responsável pela eliminação da forma larvária do borrachudo. Uma semana após a aplicação da solução houve uma redução em 80% na incidência de picadas pelo inseto, o que causou um nível de satisfação generalizado na comunidade.

Consequentemente a própria comunidade começava a exercer um certo controle na manutenção das medidas requeridas para que aquela condição se perpetuasse. A aplicação do BTI, para o combate ao “borrachudo”, que deveria ser realizada a cada vinte dias, foi aceita e adotada como uma tarefa importante pela

comunidade. O senhor Ambrosino Silveira de Ávila apresentou-se como responsável por essa tarefa. A necessidade em manter o leito das cachoeiras livres do lixo principalmente, condicionou um número significativo de pessoas a "policiar" os poucos que não se interessaram pelo processo. Houve uma melhora significativa nas condições de potabilidade da água e no destino do lixo, mas que ainda assim requeria um maior empenho dos órgãos públicos, principalmente sobre a coleta regular do lixo e a comunidade já se organizava objetivando uma reivindicação junto à Companhia de Melhoramentos da Capital (COMCAP) e à Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Na avaliação dos mestrandos havia-se cumprido uma fase do processo que seria o da organização coletiva e que implicaria agora um outro momento de reflexão e estudo, sobre a prática do conjunto coletivo e também das atividades do grupo de mestrandos, que reorientasse a prática pedagógica coletiva em direção a outras explicações daquela realidade.

Ao final do mês de agosto de 1993, cumpridas essas etapas, passamos ao momento de reflexão das nossas atividades e elaboração das análises e conclusões da prática assistencial. Contudo, mantivemos uma relação bastante estreita com a comunidade no sentido de colaborar para com a continuidade do processo e pelo fato de sermos solicitados pela comunidade.

A Prefeitura Municipal de Florianópolis iniciou, com o processo de Orçamento Participativo, uma convocação das comunidades para que esse pudesse ser viabilizado coletivamente. Fazendo parte do Setor VIII, que compreende a região centro-oeste e leste da Ilha, onde se insere o bairro do Saco Grande II, foram designados onze delegados para a região. O bairro do Saco Grande II contou com a presença de dois delegados representantes, o Sr. Ambrosino Silveira de Ávila (AMSOL) e o Sr. Otacílio Paulo da Costa (COMOSG) e as necessidades eleitas como prioridades a serem propostas ao Orçamento Participativo foram em primeiro lugar SANEAMENTO BÁSICO; em segundo, PAVIMENTAÇÃO; em terceiro SAÚDE e em quarto, MEIO AMBIENTE.

## 8. A DELIMITAÇÃO DO MOMENTO DE “EDUCAR” EM DETRIMENTO DA RELAÇÃO PEDAGÓGICA - “O EDUCADOR”

### 8.1. O Monólogo do Educador Frente à Necessidade do Sujeito

Ao observar os “educadores” das ações em saúde, ou seja, os trabalhadores dos serviços de saúde em suas atividades do cotidiano, em determinados momentos, questionava-os informalmente sobre determinada postura, ações, comportamento ou palavras dirigidas aos clientes (sujeitos) da Unidade Básica de Saúde.

*“... aqui a gente faz de tudo, e quando o paciente precisa, explico tudo bem certinho sobre o que ele tem que fazer. A maioria não tem educação e quanto mais a gente ensina parece que não querem entender, não acreditam no que a gente diz. São muito ignorantes e pelo jeito que as coisas andam vão continuar assim mesmo, doentes e pobres”* (servidor residente no bairro).

*“Se a água da casa da senhora é da cachoeira, a senhora tem que ferver senão seus filhos vão continuar tendo vermes. É esse o seu problema. Tem que ferver ou filtrar a água”* (médico).

*“... se eu ferver a água, que tem que ferver vai acabar o gás em uma semana doutor ... a lenha é uma dificuldade”* (cliente da consulta com pediatra).

Nestas falas acima descritas, na minha percepção, transparece não só o caráter de negação de uma relação pedagógica, enquanto mediatização das relações entre os agentes, como também reduz o momento de educar à formalidade do informar, orientar, prescrever, como maneira de minimizar a doença e não promover a saúde.

Num primeiro momento, ao impor ao outro sua visão de mundo, o “educador” é incapaz de compreender o porque da negação do aprendizado do educando. O seu saber não se transforma no saber do outro, pois o “mundo” vivenciado pelo outro é, de certa forma, diferente do “mundo” do “educador”.



Ao afirmar a ignorância do outro, ignora a si mesmo como educador. Não se vê reproduzindo saberes que não são propriamente seus, mas criados e absorvidos em sua consciência mediante um saber maior institucionalizado, sistematizado e difundido ideologicamente no seu trabalho e alienante em sua prática cotidiana.

Os instrumentos utilizados nesta forma de “educar” para a saúde, não são só os materializados nos papéis, folhetos, cartazes, mas estão personificados nos educadores de saúde enquanto reprodutores de um saber não criticizado, relativizado frente às negações encontradas em relação a este saber.

No conjunto dos profissionais observados se evidencia que as ações educativas prestadas num espaço formal, através de instrumentos formais, objetivam, num pano de fundo maior, a reprodução das relações sociais. Um saber maior, com uma linguagem na maioria das vezes inacessível ou, “na melhor das intenções, infantilizadora dos educandos”.

O educar, como explicitado nas falas dos próprios profissionais, tem uma tendência descendente e vertical e se resume ao ato de “informar”, “orientar”, “dar ciência”, “ensinar”, “inteirar” em como seus educandos devem se comportar frente a uma situação de doença.

A expectativa, muito pouco reflexiva dos profissionais, em relação ao que ensinam é que os seus “educandos” modifiquem o seu comportamento frente ao conteúdo que lhes está sendo repassado.

O conteúdo, por sua vez, já estruturado e programado numa seqüência lógica está modularizado através das ações programáticas em saúde, ou seja, cada programa contém um elenco de informações a serem transmitidas. A exemplo disto, o programa “saúde da mulher”, além das atividades técnicas como as atividades sobre o pré-natal, o preventivo do câncer cérvico-uterino e de mama, e planejamento familiar, contém ações ou atividades educativas que estão estruturadas segundo critérios científicos observados na clínica médica e seus conteúdos estão concatenados segundo uma ordem também idêntica à investigação clínica e totalmente redutível ao conhecimento observável, sem margens à subjetividade. Em sua maioria, são construídos a partir do ideal funcionamento dos sistemas do corpo humano no qual quaisquer desvios precisam ser controlados.

Informalmente, eu, questionava, junto aos profissionais qual era a finalidade daquelas instruções repassadas aos clientes:

*“... eles precisam saber o que é bom para eles, para sua saúde e como eles tem que fazer para não adoecerem ...”. (servidor).*

*“... se eles escutarem a gente, esse posto não seria essa loucura cheia de gente doente” (servidor).*

*“... a cada um que entra no meu consultório explico todo o problema e eles se sentem mais seguros sobre o que fazer, a importância da medicação quando prescrita, a importância dos alimentos e os cuidados com seu filho. Muitas vezes a gente esbarra num problema sério que é a miséria de alguns que não têm muito o que comer. Quantas vezes já tirei dinheiro do meu bolso para elas comprarem ao menos o leiteinho” (servidor).*

Nas falas descritas acima, entre muitas outras, se evidencia a intenção do “educador” e a distância do educando. A intenção em enquadrar o “educando” no modelo idealizado pelo educador necessita da incorporação pelo educando, do conteúdo pedagógico do educador.

A intenção do “educador” tem como pano de fundo uma situação ideal de vida para o “sujeito”(usuário dos serviços), não importando os desvios que possam ser explicitados individualmente por cada um dos “educadores”, ou seja, pelos interesses particulares na forma de interpretar o “sujeito”. O que importa é o enquadramento do sujeito naquela imagem idealizada.

De qualquer maneira, o que se observa é a abordagem e utilização do conteúdo pelo “educador”, em relação ao “educando”. Senhor do conteúdo e interposicionado entre o “sujeito”(usuário dos serviços) e o “objeto” ( material instrucional), não permite qualquer outra percepção do “sujeito” frente ao “objeto”. A realidade a ser apreendida é a que é percebida pelo “educador”(profissionais de saúde) e não pelo “sujeito”(usuário dos serviços) e “educador” comungando o “objeto” pelo diálogo.

Assim, a relação pedagógica, deveria permitir uma aproximação sucessiva entre o sujeito (usuário dos serviços) e o objeto do conhecimento (o processo saúde-doença em suas determinações), a partir da realidade (onde se insere o objeto) cotidiana vivida tanto pelo sujeito (usuário) quanto pelo “educador”(profissionais de saúde), com a facilitação do “educador” (profissionais de saúde) problematizando o objeto (saúde-doença) através do dialogo com o sujeito (usuários/comunidade) .

## 9 - AS CONCLUSÕES ACERCA DA PRÁTICA ASSISTENCIAL IMPLEMENTADA : A RELEITURA SOBRE O SUJEITO, O OBJETO E O "EDUCADOR NAS RELAÇÕES DIALÓGICAS EM SAÚDE COLETIVA.

Findado o prazo que dispúnhamos para a implementação da prática assistencial, iniciamos o processo de revisão das ações desenvolvidas. Essa fase consistia em descrever nossas percepções frente as ações implementadas em relação aos usuários dos serviços de saúde residentes no Sol Nascente enquanto **sujeitos** da relação pedagógica; as ações coletivas em saúde enquanto **objeto** da relação pedagógica e, os nossos papéis enquanto enfermeiros e também agentes **educadores** na relação pedagógica intrínseca aos serviços de saúde.

Para essa fase entretanto, seria necessário a retomada dos pressupostos encontrados no pensamento de Paulo Freire, como orientador, também, do processo da revisão da prática implementada. Assim, essas observações, representariam o conteúdo de aprendizado dos mestrandos em relação à prática desenvolvida que agora estaria sendo revista como um objeto de reflexão teórica.

### 9.1 . O Sujeito (usuários dos serviços e comunidade)

As referências que foram observadas em relação ao sujeito (usuário) e este, frente ao processo de organização da comunidade do morro do Sol Nascente revelaram que, enquanto sujeitos construtores do processo coletivo, desenvolviam uma consciência individual e coletiva em torno do processo que visava os aspectos de organização e participação popular diante dos problemas de saúde elencados pela comunidade. As manifestações dessa consciência estavam expressas nas diversas formas em que as pessoas participavam das atividades necessárias à superação dos problemas evidenciados e eleitos no coletivo social. Os encontros realizados, as festas de confraternização; os "bingos" para angariar fundos para a construção da sede da associação; os encontros do "circulo de cultura" sobre as ervas medicinais, os mutirões de combate ao "borrachudo", as reivindicações individuais e coletivas junto ao Centro de Saúde, representavam um momento de construção e resgate da identidade coletiva e que, no momento em que

participavam, reforçavam tanto individual quanto coletivamente a sua identidade. Eram sujeitos se construindo juntos.

O objeto (os problemas coletivos de saúde), tendo sido construído mediante as manifestações e buscas do sujeito coletivo, não poderia ser identificado como uma existência alheia à vida cotidiana dos próprios sujeitos (comunidade). À medida em que era construído, mediante as sucessivas aproximações do sujeito (comunidade), o objeto (problemas coletivos de saúde), revelava também as possibilidades de compreensão dos seus limites e as possibilidades de sua superação. Os conflitos existentes entre os próprios sujeitos (comunidade), as suas "versões" individuais sobre o objeto (problemas coletivos de saúde), a criticização pelo diálogo enquanto instrumento de "explicação" e a problematização pelos "educadores" (grupo de mestrados), veio a corroborar para com a sua apropriação pelo sujeito coletivo e pelos próprios educadores.

Se a reprodução do objeto (conhecimento dos problemas coletivos de saúde) após a sua apreensão, enquanto discurso técnico, não se manifestava nas palavras dos sujeitos (comunidade), as ações enquanto coletivas sobre este objeto, revelavam a apropriação de um pelo outro, caso contrário, tanto a consciência do sujeito (comunidade) quanto as ações sobre o objeto (problemas de saúde) seriam fragmentárias e individualmente percebidas.

Em relação ao "educador" (grupo de mestrados), se no início das relações estabelecidas está configurava-se como uma relação de expectativas diversas para cada uma das partes, no decorrer da construção do objeto (problemas de saúde) coletivo, essa passou a ser caracterizada por laços de significativa amizade sem no entanto, descaracterizar a identidade e a responsabilidade dos papéis tanto do sujeito (comunidade) quanto do educador (mestrados). Sem dúvidas que houveram momentos em que as expectativas tanto do sujeito quanto do educador (mestrados) ultrapassavam as competências e limites de cada um, contudo, tinha-se a impressão que durante as aproximações sobre o objeto (problemas de saúde) através do diálogo coletivo, este impunha à relação entre os atores redefinições dos seus próprios papéis.

Pode se observar que os problemas em relação ao referencial pedagógico implementado, junto à comunidade, sempre estiveram relacionados com as questões ligadas a interesses particulares de alguns moradores mas que, no

conjunto, não representavam comprometimento dos projetos construídos coletivamente.

## **9.2 - O Objeto ( problemas de saúde coletivos)**

Se nas relações cotidianas dos serviços de saúde o conteúdo pedagógico, presente nos discursos dos profissionais, nas ações e na organização destes serviços, configura-se como um instrumento de dominação e reprodução das diferenças sociais e caracteriza-se pela objetivação do poder pelo conhecimento da doença sobre os corpos individuais enquanto forma de conquistar, dividir, manipular e invadir culturalmente a consciência do sujeito (usuários dos serviços de saúde); a construção do objeto (problemas de saúde) coletivo pelo dialogo se evidencia como um projeto de contraposição e de possível superação deste modelo.

A organização comunitária construída sobre elementos do cotidiano enfrentados pelos sujeitos (comunidade) - a exemplo do combate ao borrachudo e melhorias no saneamento básico - pode nem sempre significar uma apropriação do fato imediato em si pelo sujeito individual mas, constrói nos sujeitos coletivos, as bases do conhecimento de mudanças expresso pela consciência de classe social oprimida.

O objeto (problemas coletivos em saúde) construído, em nossa percepção, reflete o nível da consciência do sujeito coletivo (classe) e que ao mesmo tempo em que se manifesta como projeto desse sujeito (comunidade), deixa a incerteza como uma evidência de seu limite, isto é, enquanto não for superado ou se encaminhe em direção à sua superação, não permite ou limita a construção de um novo projeto coletivo. Eis aí, um dos fatores de inquietação tanto dos sujeitos (comunidade) quanto dos educadores (mestrandos). Esse movimento necessita de tempo e paciência. Necessita se fazer como "história" dos sujeitos (comunidade) e sendo assim, condiciona o educador (mestrandos/profissionais de saúde) como elemento imprescindível no papel de facilitador da construção pedagógica dos projetos coletivos. Impõe ao educador a condição de ser também um aprendiz. No diálogo estabelecido em relação ao objeto (problemas coletivos em saúde), entre sujeito (usuários/comunidade) e educadores (mestrandos), em alguns momentos da construção dos temas a serem trabalhados, necessitou a tradução das palavras

eminentemente técnicas para a linguagem popular que, frequentemente apareciam nos discursos tanto dos educadores quanto dos sujeitos.

Hoje, a comunidade do Sol Nascente controla eficientemente as questões relacionadas ao saneamento básico. Os aspectos de controle técnico da proliferação do "borrachudo" é totalmente conduzido por integrantes da comunidade. As questões da água, lixo, esgoto e meio ambiente, estão num processo bastante adiantado de ações objetivadas e expressas nas articulações entre a comunidade e os órgãos públicos e, garantidas como metas a serem atingidas pelo Orçamento Participativo proposto pela Prefeitura Municipal de Florianópolis.

### **9.3 - O "Educador"**

Enquanto agentes atuantes nas instituições oficiais de saúde e principalmente a nível dos serviços de saúde de "atenção primária", consideramos o papel fundamental dos profissionais de saúde e principalmente nas características expressas pelo perfil do Enfermeiro e sua importância capital enquanto educador ou "intelectual orgânico" e como elemento facilitador do diálogo necessário à construção de ações efetivamente pedagógicas em saúde.

Nesse aspecto, considero a minha atuação enquanto enfermeiro e também educador no Centro de Saúde do Saco Grande II como objeto de reflexão. Se por um lado as responsabilidades técnicas inerentes à minha profissão e as características da organização dos serviços me conduzia a uma determinada ação voltada para a assistência individualizada e limitada à racionalização dos serviços baseada no modelo biomédico, mesmo nessas circunstâncias, pude observar que, dentro dessa forma contraditória em se fazer "saúde", é possível se permitir ao diálogo com os sujeitos que se aventuram na busca necessária destes serviços. O nível de insatisfação frente ao que fazem é uma constante presente no cotidiano desses "educadores". E as condições a que estão submetidos dentro do contexto da divisão do trabalho, do saber, do poder, que se reproduz na organização dos serviços, como imagem espelhada do social, contribui para que estes profissionais venham a pactuar e reproduzir esse modelo. Contudo, enquanto atores sociais que também são "oprimidos", resistem, na medida em que as ações que desempenham encontra resistências que quantitativamente se acumulam nas relações com o

sujeito e que coletivamente, essas ações, pouco ou quase nada conseguem reverter em termos das reais determinações do processo de viver.

O sair e conhecer os sujeitos (individual e coletivo) e deles aprender suas outras dimensões, além daquelas partes manipuláveis de seus corpos, e neles também se espelhar enquanto "im-pacientes" frente o demorar das mudanças que reivindicam, e diante dessa insatisfação comum, se permitirem ao diálogo, como instrumento de entendimento de sua realidade, permitirá a esses profissionais um reencontrar-se com a natureza de seu papel nas relações dos serviços e nas relações sociais.

No decorrer das minhas atividades assistenciais no Centro de Saúde, atendendo a demanda ali existente, procurando, no limite das possibilidades, conversar com as pessoas que procuravam os serviços e não permitindo que estas saíssem do C.S. sem qualquer tipo de assistência, provocou num primeiro momento um conflito interno junto à equipe de saúde porque, no decorrer do tempo, os clientes quando retornavam, sempre me procuravam caso não conseguissem ter acesso a assistência no Centro de Saúde. Aquela postura era um incomodo aos profissionais, principalmente para os colegas da categoria de enfermagem. Entendia essa reação como um rompimento da rotina instalada, centrada no atendimento médico. Nesse modelo, os profissionais se limitam em reafirmá-lo na medida em que não conseguem dar resolutividade a grande parte dos problemas apresentados pelos sujeitos e que "silenciosamente", atribuem a assistência médica a solução destes problemas. A tendência desses profissionais em se negar aos sujeitos e se acomodar a este modelo revela a condição alienante em que se encontra esses serviços. Sentia que com o passar do tempo, houveram algumas adesões de profissionais àquela minha postura. Depositavam uma considerável confiança na minha assistência e que este foi um fator responsável para a nossa reaproximação. Na relação com os sujeitos (comunidade), objetivando a construção de seus projetos coletivos mediante a exposição das histórias e experiências de vida desses sujeitos, através do diálogo, é manifesta a necessidade de um elemento articulador, facilitador e problematizador que ajude na construção crítica desses projetos. Aí repousa o papel do educador nos serviços de saúde. Como evidenciado nessa nossa experiência, num primeiro momento foi o sentir, o escutar, o entender, o dialogar com os sujeitos. Mas porque aqueles sujeitos daquela comunidade e não outros?. É que, qualquer proposta coletiva em saúde não pode prescindir de um

papel técnico sobre as prioridades desse serviços em decorrência de vários fatores, principalmente sobre os sujeitos sociais. E, através dos próprios conhecimentos de que dispõem - técnicos -científicos- o coletivo nos remete ao epidemiológico ou vice-versa, e esses, nos orientam para prioridades. Contudo, esse instrumento técnico, não pode ser, por si só, o instrumento totalizante das intervenções coletivas em saúde, porque o coletivo implica também em um saber e poder não técnico, que resiste aos "projetos" de dominação das culturas populares, portanto, esse instrumento deve constituir-se como parte do conteúdo do projetos construídos coletivamente. O antever processos mórbidos implica inexoravelmente uma relação com os sujeitos que nos impõe vários caminhos para superar o processo "adoecer". Pode-se controlar e intervir no processo saúde/doença, em sua real determinação sem que nele estejam as outras dimensões dos sujeitos? Entendo que ao serem constituídos todos os elementos e representações incorporados nesse processo, implica, invariavelmente, na construção de projetos sociais que permitam o aprender e apreender a realidade pelo conjunto social na busca da superação das reais determinações do processo saúde-doença. E aí se impõe a necessidade do educador em saúde como elemento facilitador desse processo.

Se, num primeiro momento, objetivamos uma ação que pudesse reverter a atual relação existente entre o Centro de Saúde e os usuários dos serviços ali prestados, pudemos observar que essa relação, para ser superada, implicaria em uma adesão dos demais profissionais do Centro de Saúde na construção coletiva dos problemas apresentados pela comunidade. Torna-se necessária a participação dos profissionais de saúde, enquanto "educadores", na vida coletiva e individual dos sujeitos em busca do entendimento, pelo diálogo, das reais determinações do processo de viver e adoecer coletivo.

Os problemas encontrados em relação aos educadores (mestrandos), estavam sempre relacionados com a inexperiência em relação ao itinerário de Paulo Freire, como por exemplo, a preocupação em delimitar em que fase do itinerário nos encontrávamos durante todo o processo. Esse fato, passou a ser contornado a partir do momento em que eram construídos os "projetos" em conjunto com a comunidade e, mediante as análises destes, podia se observar as relações entre o itinerário e as ações propostas para a superação dos problemas elencados. É de se ressaltar que, essas preocupações dos mestrandos - em "delimitar" e categorizar os "passos" do itinerário - tornava-se cada vez mais angustiante face à dinâmica existente em



todo o processo. Entretanto, esses “passos”, podiam ser observados no discurso incorporado e nas ações implementadas pelos membros da comunidade quando avaliavam e propunham novas ações para os problemas intermediários decorrentes de todo o processo.

Cabe ainda ressaltar um aspecto importante de todo o processo desenvolvido : o diálogo. Sobre esse fator, utilizado como base ao desenvolvimento das ações junto à comunidade do Sol Nascente, considero as seguintes questões:

- durante todo o processo desenvolvido, o diálogo, foi percebido como uma característica intrínseca das relações entre pessoas que comungavam um mesmo interesse;

- não era um rol de perguntas e respostas orientadas e conduzidas mas sim, construído através das relações cotidianas entre os atores envolvidos e que não se expressa só mediante a palavra dita mas, também, frente às expressões do corpo, do silêncio, das resistências veladas e das ações implementadas, enfim, o diálogo, em minha percepção, não é estruturado. Ele se estrutura nas relações cotidianas ou ainda, se estrutura nas ações.

Sem sombra de dúvidas, esse processo de educação popular em saúde desenvolvido, foi e continua sendo uma relação rica em aprendizado para o conjunto dos atores envolvidos, isto é, sujeitos e educadores.

Contudo, para uma maior compreensão de todo o estudo desenvolvido, o autor recomenda a leitura das dissertações elaboradas pelos outros dois mestrados que estiveram também envolvidos na construção desse processo de educação popular em saúde, a saber:

HEIDEMANN, Ivonete T. Schulter Buss. Participação popular na busca de uma melhor qualidade de vida: uma alternativa. Florianópolis: UFSC. 1994. 165p./ Dissertação de Mestrado em Enfermagem

WOSNY, Antonio de Miranda. Nasce o sol no Sol Nascente: organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde. Florianópolis: UFSC. 1994. 127p. / Dissertação de Mestrado em Enfermagem.

## Considerações finais

Ao longo deste estudo, buscou-se situar algumas questões fundamentais no processo educativo presentes nos serviços de saúde principalmente, na relação entre a instituição de saúde, expressa pelos serviços de saúde da U.B.S., e os usuários desses serviços.

Nesse aspecto se evidenciou que a atual organização do “locus” das ações de saúde, eminentemente voltadas para o atendimento da demanda espontânea, contribui para a reprodução das relações sociais existentes. Desta forma, a atual organização, dessas ações em saúde, constituem-se como elemento pedagógico. “Educa-se através do controle do acesso e da assistência aos usuários (o corpo do sujeito); da informação fragmentada, dirigida e repetitiva (o saber do sujeito); das relações de poder/saber, inerentes à estrutura organizacional interna dos serviços (divisão do processo de trabalho, processos técnicos da assistência e delimitação do “espaço” da ação em saúde).

Por outro lado, em contraposição a esse modelo, a resistência do saber popular, sobre as questões ligadas ao processo saúde-doença, se manifesta no cotidiano vivido pela comunidade usuária dos serviços de saúde. Resistem através de todo o universo simbólico presente em seu universo cultural e que se evidencia sob as diversas maneiras utilizadas no enfrentamento do processo de “viver”, englobando as mais heterogêneas concepções na determinação do processo “adoecer” (naturais, economico-sociais, mágicas, sobrenaturais). Aí está impregnado todo o processo de construção do mundo e que é manifesto no discurso desse sujeito da “ação” em saúde. Essa resistência é, portanto, histórica.

Entendendo esses aspectos como elementos de uma ação pedagógica, foi implementado um processo de educação popular em saúde, utilizando como referencial, o itinerário pedagógico de Paulo Freire, na tentativa de superação do impasse existente entre a assistência da “instituição de saúde” e os usuários dos serviços.

Embora não se tenha conseguido uma adesão maior dos profissionais da U.B.S. na proposta implementada, observou-se que, a construção dos projetos coletivos sobre as questões relativas ao saneamento básico (borrachudo, água, lixo, esgoto) e através dessas, a organização e participação popular, pela comunidade do Sol Nascente, permitiram uma reorientação da demanda existente no Centro de

Saúde do Saco Grande II. Esta característica contribuiu gradativamente, ainda que incipiente, para uma reorganização dos serviços do C.S. A construção dos projetos coletivos, através da organização e participação popular frente aos problemas coletivos de saúde, permitem a partilha do conhecimento sobre os processos determinantes das condições de saúde de determinada comunidade além de criar um vínculo maior entre o profissional de saúde - que se dispõe ao enfrentamento da realidade em sua complexidade - e a comunidade em que ele assiste e, sendo assim, começa a se destruir as barreiras existentes entre as dicotomias e paradigmas presentes no cotidiano dos serviços de saúde e os usuários desses serviços. Isto só foi possível mediante as ações implementadas, procurando resolver coletivamente - através do dialogo problematizador e a construção dos projetos coletivos - as situações problema apresentadas pela comunidade.

Assim, o itinerário de Paulo Freire, contribui significativamente para as proposta de construção e resgate da cidadania dos atores sociais por se manifestar como um processo de criticização da realidade social. Cabe ainda ressaltar que, esse "itinerário", na medida em que é adotado na prática dos serviços, deixa de ser um instrumento, método ou referencial de trabalho e passa a se constituir como uma prática da própria vida: a todo momento estamos ensinando alguma coisa a alguém, através dos discursos, das ações e do próprio modo de viver. Todos nós construímos a história. Todos nós construímos o mundo. Todos nós nos construímos juntos.

## 10. BIBLIOGRAFIA

- . BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 191 p
- . BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987. 379 p.
- . CARDOSO DE MELO, Joaquim A. et al. **Quem educa quem?: repensando a relação médico paciente**. Rio de Janeiro : ENSP, 1986. (mimeo)
- . CARUSO, Mariléa. **O desmatamento da ilha de santa Catarina** : de 1500 aos dias atuais. Florianópolis: UFSC, 1983. 160 p.
- . DAVINI, Maria Cristina. Do processo de aprender ao de ensinar. In: Oficinas de trabalho: **reflexão crítica sobre a prática pedagógica nos processos de capacitação nos serviços de saúde**. Brasília : OPS, 1993.
- . FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. 220 p.
- . \_\_\_\_\_. **Educação como prática de liberdade**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981. 150 p.
- . \_\_\_\_\_. **Extensão ou comunicação**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 93 p.
- . \_\_\_\_\_. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1992. 245 p.
- . \_\_\_\_\_. **Educação e mudança**. 18ª ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1991. 79p.
- . GADOTTI, Moacir. **Pensamento pedagógico brasileiro**. 2ª ed. São Paulo: Atica, 1988. 160p.
- . GONÇALVES, Ricardo B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo, 1986. ( tese de doutoramento, Faculdade de medicina da USP).

- . GRAMSCI, Antonio. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989. 244 p.
- . \_\_\_\_\_. **Concepção dialética da história**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987. 341 p.
- . HURTADO, Carlos N. **Educar para transformar, transformar para educar: comunicação e educação popular**. Petrópolis : Vozes, 1993. 201 p.
- . KLEBA DA SILVA, Maria Elizabeth. **Educação em saúde na assistência de enfermagem: um estudo de caso em unidade básica de saúde**. Florianópolis, 1992. ( Dissertação de mestrado em Enfermagem, UFSC).
- . KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 230 p.
- . LEOPARDI, Maria T. **Método de assistência de enfermagem- análise de utilização do instrumento no processo de trabalho**. Ribeirão Preto: USP, (19..) (Tese de doutoramento)
- . LUCKESI, Cipriano Carlos. Compreensão filosófica e prática educacional. In: **O papel da filosofia na ação educativa**. Rio de Janeiro, 1980. (mimeo)
- . RESENDE, Ana Lúcia Magela de. **Dialética do pensar e fazer**. São Paulo: Cortez, 1986. 153 p
- . MERHY, Emerson. Saúde e movimento popular: o relato de uma experiência. In: **Educação e Saúde**. São Paulo: CEDES, 19... (4) 44-53.
- . MODENA, Maria Eugenia. **Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica**. México: Casa Chata, 1986. 229 p.
- . NOGUEIRA, Roberto Passos. Força de trabalho em saúde. In: **Textos de apoio e planejamento I** . Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 1987.
- . PITTA, A. **Hospital, dor e morte como ofício**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1990.
- . \_\_\_\_\_. **Avaliação como processo de melhoria da qualidade de serviços públicos de saúde**. In: Revista de Adm. Pública. Rio de Janeiro, 1992. 26(2) 44-61.

- . \_\_\_\_\_ . **O doente, seu cuidador e as organizações de saúde: elos de uma cadeia possível?**. (Documento preparado para a OPS/OMS. 1993. (mimeo).
- . ROSA, Miriam Suzete de Oliveira. **Educação em saúde nos serviços de saúde: falácia, realidade ou utopia?** Porto Alegre: UFRGS, 1989. ( Dissertação de mestrado em Educação).
- . SOUZA, Alina M. de Almeida et al. **Processo educativo nos serviços de saúde.** Brasília: OPS, 1991. 54 p.
- . SOUZA, Maria Luiza de. **Desenvolvimento de comunidade e participação.** São Paulo: Cortez, 1987. 231 p. de.
- . PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989. 155 p.
- . VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular nos serviços de saúde.** São Paulo: Hucitec, 1989.
- . VACCARO, Salvo. Construímos agora a escola de amanhã. In: ILLICH, Ivan et al. **Educação e Liberdade.** São Paulo : Imaginário, 1990.